

Doreen Rausch

Traumatisierung in der Geburtshilfe

Postpartale psychische Erkrankungen der Frau als Folge
der Geburt und wie Kliniksozialarbeit zur Prävention
beitragen kann

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Doreen Rausch

Traumatisierung in der Geburtshilfe

- Postpartale psychische Erkrankungen der Frau als Folge
der Geburt und wie Kliniksozialarbeit zur Prävention
beitragen kann -

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Erstprüferin: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüferin: Dipl.Soz.Arb/Soz.päd (FH) Charlotte Christine

Winkler-Dudczig

Bibliografische Angaben

Doreen Rausch

Traumatisierung in der Geburtshilfe

Postpartale psychische Erkrankungen der Frau als Folge der Geburt und wie Kliniksozialarbeit zur Prävention beitragen kann

Trauma in obstetrics

postpartum psychiatric disorders female illnesses resulting from childbirth and how clinical social work can help to prevent same

37 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2017

Referat

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit den erheblichen psychischen Auswirkungen, die auf Grund einer traumatisierenden Entbindungserfahrung, bei den betroffenen Frauen hervorgerufen werden können. In diesem Rahmen beschäftige ich mich mit den Ursachen der Traumatisierung und der Notwendigkeit zur Aufgabenerweiterung der Kliniksozialarbeit auf den Entbindungs- und Frühgeborenenstationen. Neben einer intensiven Literaturrecherche zu psychischen Erkrankungen in der postpartalen Zeit und der Auswertung von den hierzu existierenden Studien basieren Teile meiner Arbeit auf eigenen beruflichen Erfahrungen. Meine Ausführungen über Präventionsmöglichkeiten der Kliniksozialarbeit beziehe sich auf Konzepte aus Deutschland und Österreich. Hierbei befasse ich mich mit den Zielvorstellungen und der Wirksamkeit dieser Projekte.

Manchmal,
kann man gar nicht so viel fühlen,
wie man denkt.
Und manchmal fühlt man so viel,
dass man nicht mehr denken kann.

-Anonym-

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben. Zuerst gebührt mein Dank Frau Prof. Wedler und Frau Winkler-Dudczig, die meine Bachelorarbeit betreut und begutachtet haben. Ihre Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit waren für mich sehr hilfreich.

Meinem Mann und meinen beiden bezaubernden Töchtern danke ich besonders für den starken emotionalen Rückhalt über die Dauer meines gesamten Studiums. Ihr seid das größte Geschenk und der Motor, nicht stehen zu bleiben. Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern und Schwiegereltern bedanken, die mir dieses Studium durch ihre Unterstützung ermöglicht haben und stets ein offenes Ohr für meine Sorgen hatten.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	VI
II.	Abbildungsverzeichnis	VII
1	Einleitung	1
2	Begriffserklärungen.....	3
2.1	Rollenverständnis von Frauen und Müttern	3
2.2	Begriffserklärung Trauma.....	5
3	Ursachen und Gründe für eine Traumatisierung in der Geburtshilfe.....	6
3.1	Traumatisierung durch Gewalterfahrung unter der Geburt.....	6
3.2	Traumatisierung durch Schnittentbindung (Sectio)	8
3.3	Traumatisierung durch eine vorzeitige Entbindung (Frühgeburt).....	11
3.4	Traumatisierung durch den Verlust des Kindes (Fehl- und Totgeburt)	13
4	Mögliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frau.....	14
4.1	Postpartales Stimmungstief.....	15
4.2	Postpartale Depression.....	16
4.3	Posttraumatische Belastungsstörung.....	18
4.4	Störungen der Mutter Kind Bindung	21
5	Hilfs- und Präventionskonzepte der Kliniksozialarbeit	22
5.1	Kliniksozialarbeit auf der Wochenbettstation.....	24
5.1.1	Kliniksozialarbeit auf der Frühgeborenen Station	27
5.1.2	Möglichkeiten der Kliniksozialarbeit in der Präventionsarbeit.....	29
5.2	Beratungsstellen, Ambulanzen und stationäre Einrichtungen.....	33
6	Fazit.....	36
7	Literaturverzeichnis.....	38
8	Anlagen	43
9	Eigenständigkeitserklärung	50

I. Abkürzungsverzeichnis

CTG	Kardiotokographie
ca.	circa
evtl.	eventuell
FZ	Fachzeitschrift
ICD 10	International Classification of Diseases (Diagnoseschema herausgegeben von der WHO)
od.	oder
PPD	Postpartale Depression
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
Seccio	Kaiserschnitt
SSW	Schwangerschaftswoche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
SGB	Sozialgesetzbuch
§	Paragraph
Abs.	Absatz
Hg.	Herausgeber

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.....S. 5

„Die traumatische Zange“ Michaela Huber, 2012, Trauma und die
Folgen, Teil 1, S.39

Abbildung 2.....S.11

Dr. Ralph Kästner Folie à deux, Hebammenforum 12/2016, S.1361

Abbildung 3.....S. 23

Grafische Darstellung der sozialen Dimensionen im Gesundheitswesen

1 Einleitung

Ich denke jede Mutter weiß, dass nichts ihr Leben so sehr verändert hat, wie die Geburt ihres Kindes. Dieser emotionale und bewegende Augenblick ist dennoch für viele Frauen nicht nur mit glücklichen Erinnerungen gefüllt.

"Ich fühlte mich wie ein Stück Vieh auf der Schlachtbank." Diesen und ähnliche Sätze habe ich schon oft von Müttern gehört und es erschreckt mich noch immer. Seit über 19 Jahren arbeite ich auf einer Entbindungsstation und kümmere mich besonders um Anleitung und Hilfestellung der neuen Familie und berate sie besonders zum Thema Stillen. Immer wieder habe ich Frauen erlebt, die nicht strahlend von dem Moment erzählen können, in dem sie Ihr Kind zum ersten Mal im Arm hielten. Doch noch viel schwieriger ist es für die meisten von ihnen, offen darüber zu sprechen. Diese Frauen müssen damit umgehen lernen, dass eine traumatische Geburtserfahrung zu ihrem Geburtserleben dazu gehört und sie können die Geburt ihres Kindes nicht als einen der schönsten und glücklichsten Momente ihres Lebens empfinden.

Zudem stehen junge Mütter unter starkem gesellschaftlichem Druck, dem sie sich oft ausgeliefert fühlen, denn es wird von ihnen erwartet, glücklich und zufriedenen zu sein, solange es ihrem Kind gut geht. Dies führt häufig dazu, dass Frauen versuchen, ihre Gefühle sehr schnell nach der Geburt zu verdrängen und akzeptieren herabwürdigende Sätze wie: „Na, du hast es ja überstanden“ oder „Hauptsache dein Kind ist gesund“ und schämen sich für ihre tatsächlichen Empfindungen. Doch hinterlassen Traumata starke Spuren und lassen sich nicht auf Dauer verdrängen. Spätestens in einer Folge-Schwangerschaft brechen diese Wunden wieder auf.

Eine Traumatisierung im Kreißsaal ist keine absolute Ausnahme und es gibt verschiedenste Gründe, die dazu führen können. Daher möchte ich in meiner Bachelorarbeit intensiv auf die verschiedenen Problematiken eingehen. Dazu gehören ebenso die Schlüsselpositionen von Hebammen und Geburtshelfern.

Die Arbeit von Hebammen ist in den letzten Jahren immer wieder Teil von Medienberichten gewesen. Es wurde stets hervorgehoben, wie wichtig die Betreuung und Begleitung von Schwangeren und jungen Familien ist. Dennoch werden weiter

Entbindungskliniken aufgrund von Unwirtschaftlichkeit geschlossen und Personal auf ein Mindestmaß beschränkt. Die verbleibenden Geburtshäuser und Geburtskliniken stehen häufig dem gestiegenen Entbindungsbedarf mit gleicher Personalbesetzung gegenüber. Dies birgt Gefahren und hat Folgen, auf die ich eingehen möchte.

In einer akut lebensbedrohlichen Situation ist eine Traumatisierung fast unvermeidbar, daher möchte ich mit Hilfe von Literaturrecherche ergründen, in wie weit sich traumatische Folgeerkrankungen durch Klinische Sozialarbeit, gute Beratung und Weiterleitung an Spezialisten mindern lassen.

In dieser Bachelorarbeit wird daher folgenden Fragen nachgegangen. In wie weit ist eine Einbindung von Kliniksozialarbeitern auf Neugeborenen- und Frühgeborenenstationen nötig und gibt es Präventionskonzepte mit der Beteiligung von klinischer Sozialarbeit, um Frauen vor psychischen Erkrankungen nach der Geburt zu schützen?

Meine persönliche Motivation, mich intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen, hat mehrere Gründe. Zum einen bin ich davon überzeugt, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit weiter ausgebaut werden muss und es die Notwendigkeit besteht, Kliniksozialarbeiter auf Neugeborenen- und Frühgeborenenstationen einzusetzen. Momentan bieten zu wenige Kliniken diese besonders wichtige Begleitung und Unterstützung ihren jungen Familien an. Zum anderen begegnet mir in der Praxis immer häufiger die Diagnose Geburtstrauma, verbunden mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt (Sectio). Dies möchte ich näher beleuchten.

Ein Kreißsaal ist heute meist sehr ästhetisch eingerichtet und strahlt eine Wohlfühl-atmosphäre aus, doch darauf allein kommt es nicht an. Ein Kind zu gebären ist eine großartige Leistung und jeder Frau, die so ein Wunder vollbracht hat, gehört mein höchster Respekt. Sie darf sich nicht fremdbestimmt, hilflos und in ihren Wünschen nicht ernst genommen fühlen. Ich möchte mit dieser Arbeit aufklären und erreichen, dass Frauen in dieser besonderen Zeit noch besser zur Seite gestanden wird.

Im Interesse der Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit auf das Nennen beider Geschlechter bei Personen-, Amts- und Funktionsbezeichnungen verzichtet. Formulierungen im Maskulinum gelten auch im Femininum.

2 Begriffserklärungen

Zu Beginn meiner Arbeit habe ich mich mit dem Rollenverständnis von Frauen und ihrem Rollenbild als Mutter beschäftigt. Besonders die Geburt des ersten Kindes beeinflusst stark dieses Bild. Was eine „gute Mutter“ in unserer heutigen Gesellschaft ausmacht, ist eine sehr subjektive Frage und dennoch gibt es in jeder Kultur ein großes Selbstverständnis des Mütterleitbildes. Weiterhin definiere ich den Begriff Trauma, um dann im nächsten Absatz genauer auf mögliche Ursachen einzugehen.

2.1 Rollenverständnis von Frauen und Müttern

Ein klares Verständnis der Rolle als Frau und Mutter soll Orientierung und Sinn geben, um den komplexen Ansprüchen des Alltags gerecht zu werden. Die Einhaltung der Rolle soll helfen, die Bedürfnisse nach Sicherheit, Zugehörigkeit und Anerkennung zu befriedigen. Abhängig vom Kontext, wie dem sozialen Milieu, der Kultur des Landes oder einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe können Mütterleitbilder sehr unterschiedlich aussehen. Sie sind nicht fixiert und unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel, dennoch bleiben Familienleitbilder über einen längeren Zeitraum recht stabil. Neue Elemente haben heute das Mütterleitbild vielschichtiger werden lassen. Historisch gewachsene stabile Elemente bestehen seit Jahrzehnten, wie Fürsorglichkeit oder aufopferungsvolles Kümmeren. Zusätzlich wird eine Mutter heute in den Medien als eine perfekt organisierte, wunderschöne Familienmanagerin inszeniert (vgl. Diabatè 2014 S.1).

Betrachtet man die Sinus-Studie zu Lebensentwürfen und Rollenbildern junger 20-jähriger Frauen mit Abitur, steht an erster Stelle der berufliche Erfolg mit Aufstiegschancen und die persönliche Weiterentwicklung. Mehrheitlich wünschen sie sich Familie, allerdings wird die Planung „bewusst auf unbestimmte Zeit nach hinten geschoben“ (Wippermann 2007, S.15).

Eine verantwortungsvolle Elternschaft und die weit verbreiteten Vorstellungen wie eine ideale Kindheit aussehen sollte, mit gesunder Ernährung, früher Förderung und Eltern, die Zeit haben, mit den Kindern zu spielen, setzt vor allem Frauen in ihrer

Mutterrolle erheblich unter Druck, denn ihnen wird immer noch die „Hauptverantwortung für die Kinderbetreuung“ zugeschrieben (Diabatè 2014, S.2).

Lenz und Adler stellen hierzu ebenso fest, dass Mutterschaft für Frauen ein zentraler Bestandteil ihrer angeeigneten weiblichen Normalbiographie ist. „Ein Bild von sich als zukünftige Mutter wird Ihnen im Verlauf der Sozialisation internalisiert“ (Lenz, Adler 2011, S.153). Dennoch stehen Frauen in Deutschland heute in ihrer Lebensplanung unter enormen Druck. Der Wunsch von Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit führt dazu, dass Frauen ihren Kinderwunsch immer weiter nach hinten verschieben. Die Familiengründung ist in der Gegenwart zur Option geworden, die jedes Paar für sich selbst entscheiden muss (ebd.).

Bekommt ein Paar ein Kind, finden viele Veränderungsprozesse bereits in der Schwangerschaft statt. Hierzu gehören aber nicht nur die körperliche und die hormonelle Umstellung, es kommt auch zu Veränderungen auf der psychischen- und der sozialen Ebene (vgl. Gloger-Tippelt 1988, S.14).

Gloger-Tippert gliedert den Übergang in die Elternschaft in 8 Phasen, um deutlich zu machen, wie sich psychische Zustände werdender Eltern verändern, beginnend mit der Feststellung der Schwangerschaft bis zum Ende des 1. Lebensjahr des Kindes (ebd. S. 21).

1. Verunsicherungsphase (bis zur 12. SSW)
2. Anpassungsphase (ca. 12. bis 20. SSW)
3. Konkretisierungsphase (ca. 20. bis 32. SSW)
4. Antizipations- und Vorbereitungsphase (ca. 32. bis 40. SSW)
5. Geburtsphase
6. Überwältigungs- und Erschöpfungsphase (ca. 2. bis 8. Woche nach der Geburt)
7. Herausforderungs- und Umstellungsphase (ca. 2. bis 6. Monat nach der Geburt)
8. Normalisierungs- und Gewöhnungsphase (ca. 6. bis 12. Monat nach der Geburt)

Der Übergang zur Elternschaft muss „als körperliche und seelische Belastungssituation betrachtet“ werden (ebd.).

„Frauen, die eine Familie gründen [...] sehen sich heute mit verschiedenen, teilweise miteinander konkurrierenden, Anforderungen konfrontiert. Wunsch und

Wirklichkeit müssen irgendwie in Einklang gebracht werden“ (Diabatè 2014, S.3). Gelingt dies nicht, kann dies erhebliche Auswirkungen haben.

2.2 Begriffserklärung Trauma

Der Begriff „Trauma“ (*griech.*: Wunde) wird in der Traumatherapie definiert als das Erleben von einer plötzlichen und heftigen oder anhaltenden äußeren oder inneren Bedrohung. Verbunden mit dem Gefühl von Todesangst, Hilflosigkeit, (Ohnmacht), Schutzlosigkeit und oft auch Schmerz und Verletzung (vgl. Große, Mader Seminar Trauma 2016).

„Damit ein Ereignis aber ein Trauma für einen Menschen werden kann, muss eine Dynamik in Gang kommen, die das Gehirn buchstäblich in die Klemme bringt und es geradezu dazu nötigt, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen“ (vgl. Huber 2012, S.38). Um dies besser zu verdeutlichen, eignet sich hervorragend die „traumatische Zange“ von Michaela Huber.

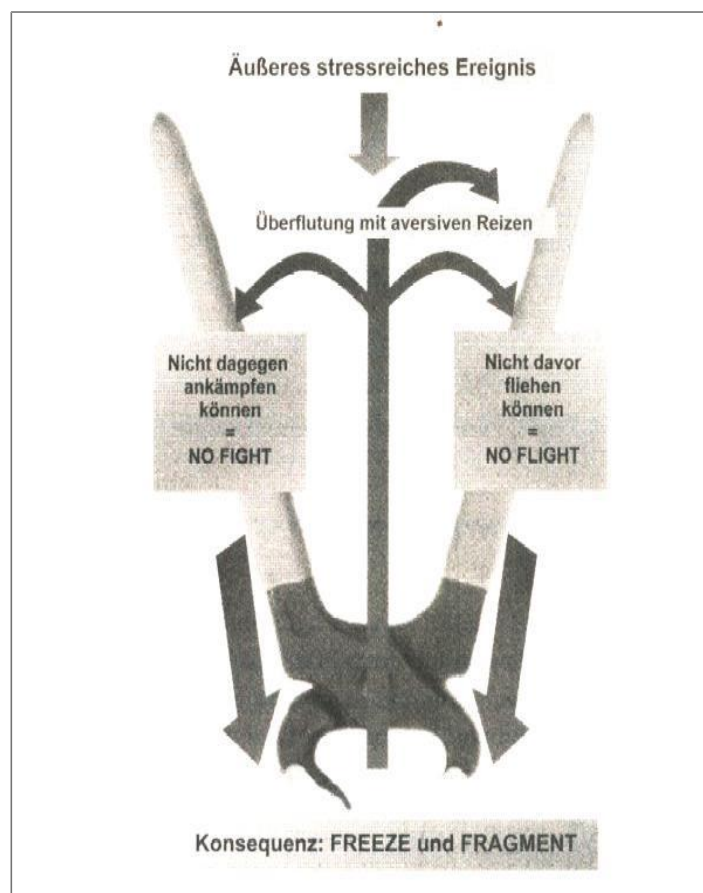


Abbildung 1

Die Abbildung verdeutlicht, mit welchen Mitteln unser Gehirn versucht, einer bedrohlichen Situation zu entkommen. Bereits 1914 schrieb der amerikanische Forscher Walter Cannon, Kämpfe gegen den Stressor an oder fliehe davor (ebd. S.41). Können wir nicht kämpfen und nicht fliehen, versucht sich unser Gehirn zu schützen, indem es dissoziiert und versucht, seine Empfindungen abzuspalten.

3 Ursachen und Gründe für eine Traumatisierung in der Geburtshilfe

Im Vorfeld einer Geburt sprechen viele Frauen mit nahen Angehörigen, wie Mutter, Schwester oder Freundin, und informieren sich über Möglichkeiten, diese Ausnahmesituation gut zu überstehen. Dennoch gibt es Ursachen und Gründe, die eine Traumatisierung unter der Geburt auslösen. Diese sind überaus vielfältig und können nicht pauschalisiert werden. Sie sind so individuell wie jede Geburt und dennoch gibt es Faktoren, die ein Trauma begünstigen. Im nächsten Kapitel werde ich daher auf diese verschiedenen Möglichkeiten näher eingehen.

3.1 Traumatisierung durch Gewalterfahrung unter der Geburt

Eine Schwangerschaft dauert in der Regel 37-40 Wochen und endet mit dem durch Wehen (Kontraktionen der Gebärmutter) ausgelösten Ausstoßen des Fötus aus der Gebärmutter.

Eine vermeintlich „normale“ und unkomplizierte Entbindung wünschen sich vermutlich die meisten Frauen, doch eine Definition einer „normalen“ oder physiologischen Geburt gibt es nicht. Der Deutsche Hebammenverband hat 2001 ein Plädoyer veröffentlicht auf den Grundsätzen neuester Hebammenforschung, der Gesundheitswissenschaften, der Medizin, der Psychologie und angrenzenden Wissenschaften. In dieser betonen die Autoren nochmals, dass es keine Definition einer „normalen“ Geburt für alle Frauen geben kann, sondern die Individualität, die Lebenserfahrung und das soziale und kulturelle Eingebundensein jeder Frau bestimmt, was für sie persönlich „normal“ bedeutet. Hebammen sollten diesen individuellen Prozess mit Intuition, Wissen und Erfahrung sensibel begleiten und die Frau keiner Norm unterwerfen (vgl. Bauer 2011, S.43; BDH o.J., S.1).

Die Realität, die sich Frauen in deutschen Kreißsälen offenbart, ist aber häufig eine andere. Dem Tabuthema „Gewalt unter der Geburt“ muss sich angenommen werden. „Die Frau ist während der Geburt in der schmerzhaftesten und anstrengendsten Situation ihres Lebens. Sie ist völlig auf die Unterstützung anderer angewiesen und abhängig von den anwesenden Personen, die ihr helfen sollen“ (Mundlos 2015, S.18). In einer so ausgelieferten Situation kommt es aber immer wieder vor, dass Frauen übergangen, unter Druck gesetzt, genötigt, gezwungen, gegen ihren Willen geschnitten, festgehalten, sogar festgeschnallt, grob und vollkommen würdelos behandelt werden (ebd.).

Eine dann stattfindende Traumatisierung lässt sich am besten als eine Situation beschreiben, in der die Frau von automatischer Angst überwältigt und hilflos zurückgelassen wird. Kampf- und Flucht-Reaktion sind unmöglich und stattdessen dominiert die psychische Reaktion, das sogenannte Einfrieren und dafür charakterliche Phänomene, wie Betäubung der Gefühle, eingeschränkte Sinneswahrnehmung und motorische Lähmung (vgl. Leuzinger- Bohleber/ Haubl/ Brumlink 2006, S.198).

Das Risiko einer Traumatisierung in einer Institution, wie einem Krankenhaus, steigt mit der Zunahme der Fremdinteressen. Je mehr Anwesende ihre ganz eigenen Interessen bei einer Geburt vertreten und je größer das Machtgefälle zwischen diesen Personen ist, desto wahrscheinlicher wird es, dass eine dieser Personen auch bereit ist, ihre Interessen gewaltsam durchzusetzen (vgl. Mundlos 2015, S19).

Zudem wird die unmittelbare Erfahrung eines traumatisierten Menschen von dem Gefühl dominiert, dass Hilfe nicht mehr erreichbar ist. Die Situation wird nachträglich von der traumatisierten Person so interpretiert, dass entweder niemand das Leid der Betroffenen kümmerte oder sie sich sogar verraten fühlte (vgl. Leuzinger- Bohleber/ Haubl/ Brumlink 2006, S.198).

Oft stehen Partner oder Begleitpersonen hilflos daneben. Sie sind nicht in der Lage, etwas dagegen zu unternehmen, was die Situation für die betroffene Frau noch zunehmend verschlimmert. Im Hebammenforum des Deutschen Hebammenverbandes werden immer wieder Situationen in deutschen Kreißsälen kritisiert. Die Hebamme Jana Friedrich bringt es dabei auf den Punkt, dass Worte wie Waffen sein können. Auch in der Geburtshilfe gibt es unsensible Menschen und auch jene, die

überfordert und so erschöpft sind, dass sie ihren Stress an den Gebärenden auslassen. Frauen müssen sich Sprüche anhören wie: „Tja, so schön wie`s reingekommen ist, kommt`s eben nicht wieder raus.“ Oder: „Jetzt stellen Sie sich nicht so an, das ist doch noch gar nichts.“ Eine Form von Gewalt ist es auch Frauen zu drohen mit Sätzen wie: „Wenn Sie jetzt nicht mitarbeiten, dann stirbt Ihr Baby!“ Es gibt viele Arten, Frauen mit Worten zu demütigen, sie zu ermahnen oder zu verunsichern und abgesehen davon, dass diese Worte wie Waffen wirken, treffen sie die Frauen in einer völlig ungeschützten Situation, denn unter der Geburt sind sie besonders wehrlos. Oft brennen sich diese Sätze tief ins Bewusstsein ein (vgl. Friedrich FZ Hebammenforum 8/2016, S.834).

Jedes Jahr findet aus diesem traurigen Anlass die „Rose Revolution“ statt. Anlässlich der Internationalen Woche für eine respektvolle Geburt gibt die Organisation der deutschen „Rose Revolution“ einen Aktionstag bekannt, an dem Tag können Frauen vor den Kreißsälen, in denen sie Gewalt erfahren haben, eine Rose und einen Brief ablegen. Sie erhalten durch die „Rose Revolution“ die Möglichkeit, auf ihr Schicksal aufmerksam zu machen und um das Erlebte besser zu verarbeiten. Leider wird das Schicksal dieser Frauen, trotz Mahnungen der WHO, von der Politik ignoriert (Rose Revolution).

3.2 Traumatisierung durch Schnittentbindung (Sectio)

Eine interessante Verbindung zu meinem Thema ist, dass der erste vollständig durchgeführte Kaiserschnitt in Deutschland 1610 in Lutherstadt Wittenberg durchgeführt wurde (vgl. Wachs 1868). Der Stadt in der auch ich arbeite.

Zuerst muss man zwei Sectio Arten unterscheiden, denn die früher nur im äußersten Notfall angewandte operative Entbindungsmethode ist heute eine gängige Entbindungsart. Eine Schnittentbindung (Sectio caesarea), meist Kaiserschnitt oder kurz Sectio genannt, kann zu jedem Zeitpunkt der Geburt erfolgen und bedarf immer der ausdrücklichen Einwilligung der schwangeren Frau.

Zwei Formen werden unterschieden:

- **Primäre Sectio:** ein geplanter, vor dem Geburtsbeginn ausgeführter Kaiserschnitt (ohne Wehen oder vorzeitigen Blasensprung)

- **Sekundäre Sectio:** ein im Geburtsverlauf notwendig werdender Kaiserschnitt (nach Wehenbeginn oder vorzeitigem Blasensprung) (Hader 2012, S.439)

Die Indikatoren können in beiden Fällen sehr vielfältig sein und sind daher auch für die Gefahr einer Traumatisierung sehr unterschiedlich. Eine sekundäre Sectio erfolgt in der Regel sehr schnell und ermöglicht keine lange Bedenkzeit.

Die Indikationen für eine sekundäre (ungeplante) Sectio sind beispielsweise:

- Geburtsstillstand
- Frühgeburt vor der 32. SSW
- drohende Uterusruptur u.a.m.

Zu den eindeutigen Gründen für eine Sectio werden heute Indikationen immer großzügiger gestellt, denn:

- Die Geburtshelfer haben wenig Geduld und Erfahrung mit schwierigen Geburtsverläufen
- Ein pathologisches CTG wird oft als alleinige Sectio-Indikation gewertet, denn es besteht eine steigende Furcht vor Haftpflichtansprüchen der Eltern

Ebenfalls sieht Ulrike Hader das Anspruchsniveau vieler Schwangerer und besonders ihrer Partner, deutlich gestiegen. Sie zeigen eine immer geringere Belastungstoleranz bezüglich der zu leistenden Geburtsarbeit (ebd. S.440).

Zu den Hauptindikatoren für eine Primäre (geplante) Sectio gehören:

- Plazenta praevia totalis (vorliegende Plazenta)
- Vorzeitige Plazentalösung
- Beckenendlage mit Zusatzrisiken
- Wunschsectio

Die Wunschsectio (ohne medizinische Indikation) ist heute eine häufige Form des primären Kaiserschnitts und beschäftigt zunehmend Hebammen, Geburtshelfer und Medien (ebd.).

Ralph Kästner ist Oberarzt an der Maximilian Universität in München und beurteilt den Wunsch nach einer Sectio als Abwehr unbewältigter Konflikte auf Seiten der Schwangeren und ihres Umfeldes. Sie wählen den Kaiserschnitt aus Angst vor der normalen Geburt und flüchten aus Furcht vor dem vermeintlich größeren Übel. Diese Angst beinhaltet in unterschiedlicher Gewichtung zum Beispiel die Dauer,

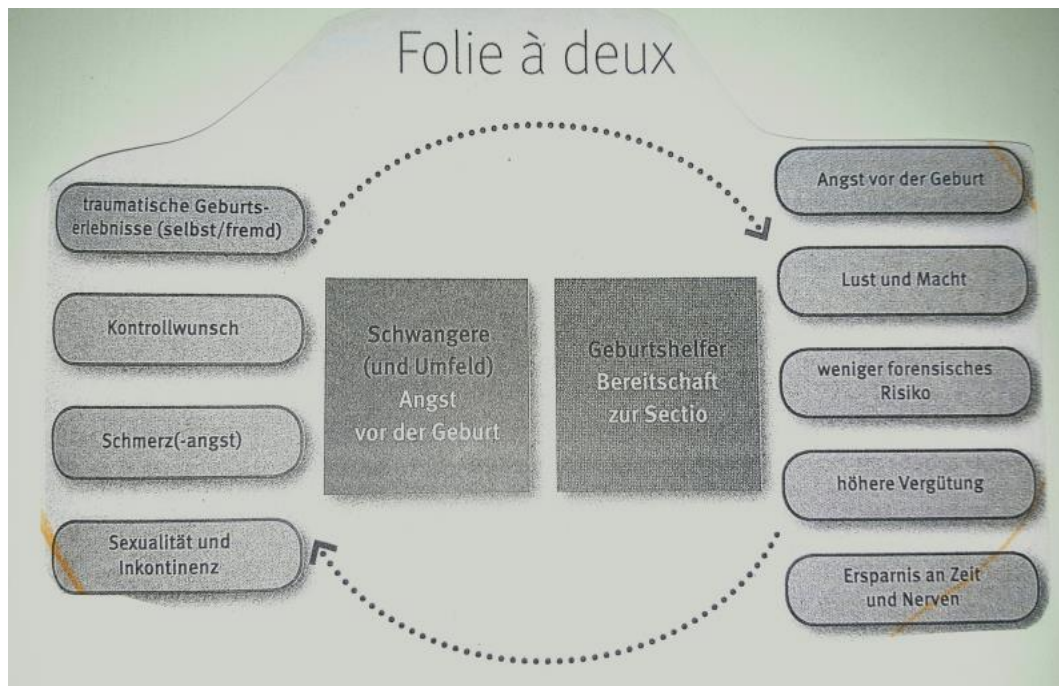
den Zeitpunkt, die Schmerzen, die Scham, die Körpererfahrung und die Gesamtsituation und sie wird nahezu immer durch traumatische Erlebnisse aktiviert. Hierzu zählt Kästner Gewalterfahrung, das Gefühl von Ohnmacht, Ausgeliefertsein und Kontrollverlust sowie die Schilderung oder das Erleben schwieriger Geburten. „Die großzügige Bereitschaft, die „gewünschte“ Sectio durchzuführen, spiegelt auf Seiten der Geburtshelfer eine nachvollziehbare Scheu an der Aufdeckung der verborgenen Traumata wieder, aber auch eine leichtfertige Bereitschaft zu neuerlicher Traumatisierung und Verletzung der Intimität der Schwangeren“ (Kästner HF 12/2016, S.1360).

Aus medizinischer Sicht gibt es viele Vorteile einer geplanten Sectio. Einige Gründe sind die Zeit- und Nervenersparnis, die gute Planbarkeit, eine höhere Vergütung und ein geringeres forensisches Risiko. Auch die Schwangere versucht mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt, ihre eigene Autonomie und Kraft zum Ausdruck zu bringen, doch auf dem OP-Tisch könnten sie Gefühle von maximalen Ausgeliefertsein und Ohnmacht überwältigen (ebd. S.1361).

Die Ansichten der Mediziner sind dabei sehr unterschiedlich. Auf dem 54. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe spricht Prof. Dr. P. Husslein von nur einem einzigen „echten“ Nachteil bei einer geplanten Sectio. Dies sei aus seiner Sicht, der Teil des Geburtserlebnisses der für die Endorphinausschüttung verantwortlich sei. Dr. Husslein findet ebenso den Begriff „Wunschsectio“ sehr unglücklich gewählt und gibt viele Gründe an, die für einen geplanten Kaiserschnitt sprechen. Unter anderem auch den Vorteil, dass nach einer Sectio die normale Sexualität früher erfolgen kann als nach einer vaginalen Geburt (vgl. Husslein 2002, S.69).

Dr. Ralph Kästner spricht hingegen nicht nur von einer „Wunschsectio“, sondern verwendet ebenfalls den Begriff „Strafsectio.“ „Durch einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation „werden gesundheitliche Nachteile in Kauf genommen, und die Chance auf eine potente und heilsame Erfahrung wird vergeben, die wiederum eine sichere Bindung begünstigen würde“ (Kästner HF 12/2016, S.1362).

Er stellt seine Ausführungen in einer Folie à deux grafisch dar.



Komplexe Abwehr verbindet sich

Abbildung 2

(Kästner HF 12/2016, S.1361)

Der Begriff Folie á deux beschreibt eine gemeinsame psychische Störung. Die Wahnvorstellungen einer Person werden von einer Anderen, geistig gesunde Person übernommen (vgl. Faust http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/fo-lie_a_deux.html).

Kästner verwendet den Begriff einer induzierten wahnhaften Störung zur Verdeutlichung seiner Ausführungen vermutlich bewusst, um die Diskussion über steigende Sectio Raten in Deutschland anzutreiben. Ich bin ebenso der Meinung, ein Kaiserschnitt darf nicht als Schutz oder Heilmittel einer Geburtstraumatisierung gesehen werden.

3.3 Traumatisierung durch eine vorzeitige Entbindung (Frühgeburt)

Von einer vorzeitigen Entbindung, auch Frühgeburt genannt, spricht man bei einer Entbindung vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW). Kommt es zu einer vorzeitigen abrupten Beendigung der Schwangerschaft, geschieht dies oftmals unerwartet, im Extremfall schon in der 22. oder 23. SSW. Dies ist heute in Deutschland der früheste Zeitpunkt, in dem ein Frühgeborenes wiederbelebt und mit allen Möglichkeiten der Intensivmedizin gerettet werden könnte. „Der Zeitraum, in dem Kinder geboren werden müssen, um überleben zu können, hat sich durch die enormen

technischen und medizinischen Fortschritte in der Neonatologie in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu früheren Schwangerschaftswochen hin verschoben; heute können auch Frühgeborene mit einem extrem niedrigen Geburtsgewicht von 300 Gramm überleben.“ (Brisch 2011, S.131f).

Brisch fügt hinzu, dass für fast alle Eltern dieses lebensbedrohliche Ereignis ein akutes psychisches Trauma ist und sie das Gefühl von großer Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein erleben. Auch Jahre nach der Geburt haben viele Eltern Alpträume, in denen es um dieses Ereignis geht. Intensive Erinnerungen und Gefühle können sie nicht kontrollieren und zufällige Ereignisse, wie zum Beispiel ein Film über ein zu früh geborenes Kind oder das ertönen eines Martinshorns, können das ganze Ereignis mit allen unverarbeiteten und unterdrückten Gefühlen wieder wachrufen. Sie werden so überwältigt, wie in der ursprünglichen lebensbedrohlichen Situation und können ohne Vorwarnung erneute Gefühle wie Todesangst, Panik und Hilflosigkeit erleben. Andere Eltern meiden zeit ihres Lebens Plätze (wie z.B. das Krankenhaus, in dem das Kind geboren wurde), Themen (z.B. Schwangerschaft oder Geburt) oder Handlungen (Sexualität), um nicht von ihren Gefühlen übermannt zu werden. Diese Trigger Meidung als Bewältigungsform hat den Preis, sein Leben auf einem bestimmten Gebiet einzuschränken (ebd. S.132).

In welcher Überforderungssituation sich Eltern eines viel zu früh geborenen Kindes befinden wird deutlich, wenn man noch einmal das 8 Phasen Modell von Gloger-Tippert betrachtet (siehe S. 4). Der Anpassungsprozess auf die bevorstehende Elternschaft wird bereits in der 3. oder 4. Phase frühzeitig abgebrochen. Ihr Wunsch nach einer normalen Schwangerschaft und Geburt wird durch das abrupte Ende zerstört und es drängt sich ihnen eine unvorhersehbare, angsterfüllte Wirklichkeit auf. „Diese Diskrepanz zwischen den eigenen Vorstellungen und Erwartungen und der Realität, ist für die betroffenen Eltern schwer zu bewältigen“ (Kribs, Jerchel, Heinen 2011, S.50 f). Der Höhepunkt der Schwangerschaft sollte mit dem glücklichsten Augenblick, der Geburt ihres Kindes enden, und wird zu einem unerwarteten Schockerlebnis. Insbesondere, wenn die Entbindung in einer Notfallatmosphäre stattfindet (ebd.).

3.4 Traumatisierung durch den Verlust des Kindes (Fehl- und Totgeburt)

Eine noch extremere Erfahrung ist es, wenn die Schwangerschaft mit einer Fehl- oder Totgeburt endet. „Selbst, wenn die Schwangerschaft noch nicht weit fortgeschritten war, ist solch ein vorzeitiges Ende dennoch mit heftigen Gefühlen von Angst, Trauer, Schmerz, Panik, Überwältigtsein sowie Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden.“ (Brisch 2013, S.95)

Tschudin schreibt dazu, dass besonders eine frühe Fehlgeburt etwas Unreales ist, da sie oft noch nicht sicht- und fassbar geworden ist und von der Umwelt bagatelisiert wird. Dies trägt häufig zur Entwicklung von Schuldgefühlen bei und der Vorstellung, mitverantwortlich zu sein und erschwert die Trauerarbeit. Auch die Tatsache, dass beim Fötus (ungeborenes Leben) eine Fehlbildung oder Chromosomenstörung vorliegt, bedeutet für die Eltern Abschiednehmen von der Vorstellung, ein perfektes Kind zu bekommen. Füllen die werdenden Eltern, aufgrund des Schweregrades den Entschluss die Schwangerschaft zu beenden, müssen sie zudem noch verarbeiten, dass sie aktiv zum Verlust des Kindes beigetragen haben. „Der Trauerprozess kann von den Betroffenen evtl. nicht zugelassen werden oder erschwert sein, weil der Verlust des Kindes als „selbstverschuldet“ angesehen wird“ (Tschudin 2015, S. 278). Eine besonders schwierige Situation stellt eine Geburtseinleitung nach der 23. SSW dar. Hierbei ist es erforderlich, dass der Einleitung ein Fetozyd (Abtötung des Kindes im Mutterleib) vorausgeht, da eine mögliche Überlebensfähigkeit gegeben ist (ebd.).

Ebenso kann es zum Versterben eines Kindes kurz vor oder nach der Geburt kommen. Die verzweifelten Eltern sind mit dem „Tod am Beginn des Lebens konfrontiert“ (ebd.) und trotz der von der Umwelt sichtbaren und durchlebten Schwangerschaft fehlt am Ende das Kind. Die Umwelt und die Familie reagieren häufig hilflos und überfordert, das macht es für die betroffenen Eltern schwierig, ihr Erleben in ihr soziales Umfeld zu integrieren (ebd.).

Meine Absicht war es, in dem ersten Kapitel aufzuzeigen, wie viele unterschiedliche Ursachen es für eine Traumatisierung in der Geburtshilfe geben kann und wie sorgsam mit jeder Frau unter der Geburt umgegangen werden muss. Meine Erfahrung in der Geburtshilfe hat mir immer wieder aufgezeigt, wie unterschiedlich eine

Geburt erfahren und empfunden wird und ebenso verschieden wird sie auch verarbeitet. Eine traumatische Geburtserfahrung zu verarbeiten ist sehr individuell und so unterschiedlich wie jede Frau.

Nicht jede potenziell traumatische Erfahrung führt zu einer Traumatisierung. Berücksichtigung finden die situativen und gesellschaftlichen Bedingungen, die nach einer Gewalterfahrung „zu den unterschiedlichen Reaktionen führen. Hierzu zählen vor allem:

1. Art, Umstände und Dauer des/ der Ereignisse(s)
2. psychosozialer Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung und generativer (Vor-) Erfahrungen (in der Familie)
3. das Fehlen oder Vorhandensein von sozialer Unterstützung, schützenden Beziehungen und anderen protektiven Ressourcen in der Familie und Gesellschaft sowie individueller Kompetenzen des Opfers“ (Loch, Schulze Sozial extra 11/12 2011, S.16).

Keilson erwähnt diesbezüglich ebenfalls, dass die Lebensbedingungen nach einer Ohnmachtserfahrung eine entscheidende Rolle spielen, ob es dem traumatisierten Menschen gelingt nach einer Leidensphase, der Erfahrung einen Sinn zu geben, darüber zu sprechen und es ins eigene Leben zu integrieren (vgl. Keilson 1979, S.181).

4 Mögliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frau

In diesem Kapitel gehe ich auf die verschiedenen psychischen Störungsbilder und Erkrankungen ein, die durch eine traumatische Geburtserfahrung ausgelöst werden können. Ebenso befasse ich mich mit begünstigenden Faktoren, die diese Krankheitsbilder zusätzlich verstärkend beeinflussen.

Die Entscheidung für ein Kind ist mit drastischen Veränderungen auf fast allen Ebenen der eigenen Persönlichkeit verbunden. Die körperliche Veränderung ist für alle sichtbar, doch es verändern sich auch soziale Beziehungen. Die Vorstellung von sich als Mutter und das damit veränderte Rollenverständnis ist ein ebenso großer Wandel, wie die Veränderung der Partnerbeziehung hin zu einer Familie. Für viele Frauen ist auch der längere Abschied vom Berufsleben nicht unproblematisch.

All diese Umstellungen verstärken sich zusätzlich bei finanziellen Problemen, einer fehlenden oder instabilen Partnerschaft oder einem mangelhaften Familiennetz. Heute wird eine Schwangerschaft oft nicht mehr entspannt gelebt, sei es durch die immer differenziertere Pränataldiagnostik, den vielen Babyratgebern oder dem eigenen hohen Leistungsanspruch. Hinzu kommt, dass „bei einigen Müttern die Geburt und die Zeit danach“ nicht so ablaufen, „wie sie sich das vorgestellt haben“ (Reiner-Lawugger 2016, S.146).

Psychische Störungen post partum (nach der Geburt) sind bekannt und weit verbreitet, dennoch werden sie häufig nicht früh genug erkannt oder ihr Schweregrad wird nicht wahrgenommen. Die verschiedenen Formen von postpartalen psychischen Störungen sind gekennzeichnet durch unterschiedliche Symptomatik und verschiedene Verläufe. Ebenso können sie sich mit unterschiedlicher Genese (Krankheitsursache) voneinander abgrenzen (vgl. Rohde FZ Gynäkologie 4/2001, S.315).

4.1 Postpartales Stimmungstief

Ein positives Geburtserlebnis ist bedeutsam und hängt eng mit verschiedenen Einflussfaktoren zusammen. Die Einbettung der Frau in ihre soziale Situation (allein stehend oder in einer Partnerschaft) und die Entstehung der Schwangerschaft (ungeplant /trotz Verhütung oder durch Vergewaltigung) spielen dabei eine ebenso wichtige Rolle, wie die Akzeptanz der Schwangerschaft innerhalb der Familie und dem sozialen Umfeld. Eine gut akzeptierte Schwangerschaft begünstigt ein positives Geburtserleben (vgl. Neises FZ Gynäkologie 7/2004, S.579).

Das postpartale Stimmungstief, auch postpartale Dysphorie oder Babyblues genannt, ist die häufigste, aber auch mildeste Form von psychischen Störungen nach der Schwangerschaft. Die Angaben zur Häufigkeit schwanken zwischen 25-80 Prozent, welches vermutlich auf unterschiedliche diagnostische Kriterien zurückzuführen ist. Durch die starken hormonellen Veränderungen nach der Geburt, wie dem radikalen Abfall von Progesteron und Östrogen (Sexualhormone), sowie den großen Anstieg von Oxytocin (Bindungshormon) wurde der Babyblues oft auf diese hormonellen Veränderungen zurückgeführt. Diese ausschließlich hormonelle Betrachtung ist heute veraltet (vgl. Gröhe 2003, S.41f).

Eine Studie von 1997 von Hartung und Hartung untersuchte welche psychosozialen Einflussfaktoren ebenfalls eine Rolle spielen und befragte diesbezüglich 119 Wöchnerinnen (Frau in den ersten 8 Wochen nach der Entbindung). Durch die Befragung der Frauen wurde deutlich, dass es eine Reihe von Einflussfaktoren gibt, die das Risiko erhöhen, an einer postpartalen Dysphorie zu erkranken. Als einen bedeutsamen Faktor wurden hierbei die Anzahl der bisherigen Geburten aufgeführt, da Erstgebärende am häufigsten betroffen waren. Ebenso lange Geburtsverläufe, ausgeprägte Stillprobleme und die Idealvorstellung der Geburt gegenüber dem realen Geburtserleben, spielten eine große Rolle (vgl. Hartung Studie 1997).

Symptome des postpartalen Stimmungstiefs sind häufiges Weinen, tiefe Traurigkeit, Erschöpfung, Müdigkeit sowie eine depressive und labile Stimmungslage. Sie treten ca. in den ersten Tagen nach der Entbindung auf und klingen in der Regel einige Tage später spontan wieder ab. Wichtig ist es, Frauen schon vor der Entbindung aufzuklären, um ihnen zu helfen, sich besser auf diese Situation einzustellen (vgl. Reiner-Lawugger 2016, S.151).

Dalton weist ebenfalls darauf hin, dass die durchlebte anstrengende Geburt, die Sorge über ausreichende Milchproduktion sowie ironische Bemerkungen aus dem sozialen Umfeld und Zukunftsängste beeinflussend auf das postpartale Stimmungstief wirken. Dennoch stellt der Babyblues keine ernsthafte psychische Erkrankung dar, wenn er in den ersten 12 Tagen wieder abklingt. Bei bestehenden Symptomen über diesen Zeitraum hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer postpartalen Depression zu erkranken (vgl. Dalton 2003, S. 11).

4.2 Postpartale Depression

Die postpartale Depression (PPD) auch Wochenbettdepression genannt, zeichnet sich dadurch aus, dass sie über den Zeitraum des postpartalen Stimmungstiefs anhält oder erst im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes entsteht. Die Angaben zur Häufigkeit „schwanken zwischen 6 und 22 Prozent- je nach diagnostischen Kriterien und Beobachtungszeitraum“ (Riecher-Rössler 2006, S.12). Nach einer sorgfältigen Metaanalyse kamen „O'Hara und Swain 1996 auf der Basis von 59 methodisch zuverlässigen Studien auf eine mittlere Prävalenzrate von 13 Prozent“ (ebd.).

Über spezifische Risikofaktoren wurde vielfach geforscht, dennoch gibt es hierzu viele unterschiedliche Meinungen. Welche Voraussetzungen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben oder nicht, ist sehr widersprüchlich und demzufolge umstritten. Somit werden heute Alter der Frau, Bildungsstand, Anzahl der Geburten, Geburtskomplikationen und z.B. die Dauer des stationären Aufenthaltes nur am Rande erwähnt. Einigermassen einig sind sich Forscher bei Faktoren, wie fehlender Unterstützung der Mutter, besonders durch den Partner, depressive Vorerkrankungen der Frau oder naher Angehöriger sowie ein hoher Leistungsanspruch der Frau und dem dadurch ausgelösten Stress (vgl. Riecher -Rössler 2006, S. 13f).

Laut Reiner-Lawugger können keine nachweislichen Zusammenhänge zwischen einer postpartalen Depression und einer traumatischen Geburt gefunden werden (vgl. Reiner-Lawugger 2016, S. 151).

Betrachtet man aber diesbezüglich Erfahrungsberichte wie in „Gewalt unter der Geburt“ von Christina Mundlos, berichten Frauen durchaus von traumatischen Geburtserfahrungen und daraus resultierenden depressiven Verstimmungen. Zum Beispiel berichtet eine Frau, dass sie wochen- und monatelang oft weinen musste (vgl. Mundlos 2015, S. 132).

Ebenso gibt Brisch an, wie wichtig die Nähe von Mutter und Kind nach der Geburt ist. „Mutter und Kind sollten sich nach der Geburt- als minimaler Konsens- auf jeden Fall im gleichen Raum befinden. Wird das Kind dagegen in einen Nebenraum oder sogar ins Säuglingszimmer gebracht, so kann dies der Grund für eine beginnende postpartale Depression der Mutter sein“ (Brisch 2013, S. 118f). Somit besteht meiner Auffassung nach, besonders bei Eltern mit einem vor der 37. SSW geborenen und somit frühgeborenen Kindes, eine größere Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen Depression zu erkranken, da diese Kinder in der Regel auf angeschlossenen Kinderstationen überwacht werden.

Es können eine Vielzahl von Symptomen auftreten, wie häufiges Weinen, Schuldgefühle, Angstattacken, innere Leere, Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen, Minderwertigkeitsgefühle bis zu dem Gefühl, keine Liebe für das eigene Kind zu empfinden. Zudem kommen noch körperliche Beschwerden, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und andere körperliche Missempfindungen dazu. Symptome der postpartalen Depression unterscheiden sich damit kaum von anderen

Depressionen, der einzige Unterschied ist der Beginn der Erkrankung innerhalb der ersten Wochen und Monate nach der Entbindung. In schweren Fällen leiden einige Mütter außerdem an wiederkehrenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Dies versetzt sie in große Angst, ihrem Kind etwas antun zu können und gibt ihnen noch mehr das Gefühl, als Mutter versagt zu haben (vgl. Rohde 2004, Infoblatt S. 1).

Problematisch ist, so auch Riecher-Rössler, dass Mütter aus Scham- und Schuldgefühlen sehr lange schweigen, da sie befürchten, als „psychisch Kranke“ abgestempelt und stationär eingewiesen zu werden. Ebenso mutmaßen sie, von ihrem Kind getrennt zu werden. Viele Fachleute plädieren daher zu einem Screening Früherkennungsverfahren z.B. mit Hilfe der „Edinburgh Postpartal Depression Scale“ (EPDS- siehe Anhang). Eine besonders große Bedeutung hat für betroffene Frauen eine umfassende Aufklärung zur Entlastung ihrer Schuldgefühle. Die Behandlung postpartaler Depressionen ist immer eine Einzelfallentscheidung und sollte auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind zugeschnitten sein. Besonders die nicht adäquate Bindung von Mutter und Kind stellt eine der bedeutendsten Folgen einer postpartalen Depression dar, weshalb ich ihr einen eigenen Unterpunkt in meiner Arbeit gewidmet habe (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 14ff).

Eine weitere schwere psychische Erkrankung nach einer traumatischen Geburtserfahrung ist die posttraumatische Belastungsstörung.

4.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Rohde definiert die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als „eine extreme Form der Belastungsreaktion, die üblicherweise nach schweren Traumata auftritt, wie Kriegserleben, Geiselnahmen, Naturkatastrophen, Verschüttungen, schweren Unfällen oder auch bei Opfern schwerer sexueller oder körperlichen Gewalt“ (Rohde 2001 FZ Gynäkologie, S. 321).

Dies zeigt deutlich, wie traumatisch das Geburtsgeschehen wahrgenommen werden kann, da, so Ehlert, Komplikationen während der Geburt von Gebärenden als traumatisch im Sinne eines lebensbedrohlichen Zustandes für die Betreffende selbst oder ihr ungeborenes Kind erlebt werden. Sie empfinden intensive Furcht, gepaart

mit Entsetzen und großer Hilflosigkeit (vgl. Ehler 2004 FZ Psychotherapeut, S. 375).

Forschungen auf diesem Gebiet der PTBS sind eher selten zu finden und unterscheiden sich in der Prävalenz auch hier wieder deutlich voneinander. In einer Studie, die 2016 in der Ausgabe des Wissenschaftsforums des Deutschen Hebammenverbandes veröffentlicht wurde, beschäftigt sich Claudia Freisfeld im Rahmen ihrer Masterarbeit mit posttraumatischen Belastungsstörungen nach Geburten, ihrer Prävalenz sowie den Risikofaktoren und dem kognitiven Einfluss. An der Studie nahmen 281 Frauen teil und es „wurde eine Prävalenz für eine PTBS- Verdachtsdiagnose von 8,9% (n=25) festgestellt“ (Freisfeld 2016 Wissenschaftsforum, S. 12). Diese hohe Zahl (im Vergleich zu Studien von z.B. Dorn mit einer Prävalenz von 1-3%) könnte daraus resultieren, dass an der Internetbefragung vermehrt Frauen teilgenommen haben, die sich belastet fühlten (ebd.).

Die Symptome einer PTBS zeigen sich bei den betroffenen Frauen zum Beispiel durch Kontrollverlust, Flashbacks (Situationen werden wie im Film noch einmal erlebt), Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit. Empfundene Hilflosigkeit und Kontrollverlust unter der Geburt, sowie Enttäuschung und Erstarrung hingen in der Freisfeld-Studie besonders mit auftretenden Symptombeschwerden zusammen und korrelierten stark mit Ängsten und Symptomen einer Depression (vgl. Freisfeld 2016 Wissenschaftsforum, S. 13).

Rohde gibt hierzu an, dass in ihrer eigenen Arbeit, im Fachbereich der gynäkologischen Psychosomatik im Universitätsklinikum Bonn, wiederholt Frauen eine PTBS Symptomatik nach der Entbindung entwickelten, „ohne das Vorhandensein „objektiv“ traumatisierender Ereignisse [...] und dass andererseits Reaktivierungen der Symptomatik in einer späteren Schwangerschaft vorkommen und zu verstärkter Geburtsangst führen. [...] Immer wieder wurde von betroffenen Frauen auf die Verletzung ihrer Schamgefühle in der Geburtssituation hingewiesen, auf unpersönliches und unsensibles Verhalten, Übergehen ihrer eigenen Bedürfnisse und Wünsche und das Erleben, sich „wie ein Stück Fleisch“ behandelt gefühlt zu haben“ (Rohde FZ Gynäkologe, S. 321).

Über die Risikofaktoren an PTBS nach der Entbindung zu erkranken, gibt es ebenfalls unterschiedliche Meinungen. So kommt Freisfeld in ihrer Studie zu dem

Schluss, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden der Frau und ihrem Risiko an PTBS zu erkranken besteht. Ebenso standen vorherige Traumata und fehlende Unterstützung und Zuwendung des Partners und der Familie mit einer erhöhten PTBS Erkrankung in Verbindung und sie fand maßgebliche Unterschiede bezogen auf den Geburtsmodus. So war das Risiko bei einer vaginalen Entbindung deutlich geringer als bei einem ungeplanten Kaiserschnitt (sekundäre- od. Notsectio) (vgl. Freisfeld 2016 Wissenschaftsforum, S. 12).

Entscheidend, ob aus der traumatischen Geburtserfahrung eine PTBS resultiert sind lt. Ehler z.B. psychosoziale Faktoren, wie die Copingfähigkeit, die präpartal (vor der Geburt) erlebte Angst sowie auch wie bei Freisfeld das Ausmaß der sozialen Unterstützung von Familie und Freunden. Einen Zusammenhang mit dem Geburtsmodus konnte in ihrer Untersuchung nicht festgestellt werden (vgl. Ehler 2004 FZ Psychotherapeut, S. 375).

Heinen, Jerchel und Kribs sehen hingegen besonders Mütter von sehr frühen Frühgeborenen einem größeren Risiko ausgesetzt, da die lebensbedrohliche Situation des Kindes oft länger anhält (Heinen, Jerchel, Kribs 2011, S. 55).

Der Symptomverlauf einer PTBS kann sehr verschieden sein. So sind Chronifizierungen mit Übergängen zu einer dauerhaften Depression, wie auch vermeintliche Spontanheilungen möglich. Vermeintlich daher, weil Frauen mit traumatischem Geburtserleben häufig weitere Schwangerschaften meiden oder zu besonders ausgeprägten, unverhältnismäßigem und als unangemessen bezeichneten Geburtsängsten neigen (vgl. Rohde FZ Gynäkologie, S. 321).

Bei Angst und Zwangssymptomen müssen, bei Verdacht auf PTBS und postpartaler Depression, immer Differenzialdiagnosen, wie eine postpartale Psychose ausgeschlossen werden. Da die Zusammenhänge zwischen einer Traumatisierung unter der Geburt und einer postpartalen Psychose nicht gegeben sind, möchte ich in meiner Arbeit darauf nicht weiter eingehen. Anders verhält es sich mit der Störung der Mutter-Kind-Bindung. Bei der postpartalen Depression und auch der posttraumatischen Belastungsstörung kommt es aufgrund verschiedener Problematiken zu dieser schwerwiegenden Folge. Daher ist es mir wichtig, diesem Thema einen eigenen Unterpunkt zu widmen.

4.4 Störungen der Mutter Kind Bindung

Eines der großen Probleme von psychischen Erkrankungen in der postpartalen Zeit ist eine Störung der Bindungsbeziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind. Nicht zuletzt durch die in den sechziger Jahren beginnende Säuglings und Kleinkindforschung wissen wir heute, dass der Bindungsaufbau im ersten Lebensjahr eines Kindes, der zentrale Faktor seiner frühkindlichen Entwicklung ist. Die „postpartale Depression- als affektive Erkrankung mit veränderter Grundstimmung drückt sich fast zwangsläufig sowohl in Mimik, Sprache als auch emotionaler Resonanzfähigkeit aus“ (Schwarz- Gerö 2006, S. 131).

Hierfür besonders aussagekräftig sind die von Cohn und Tronick 1983 durchgeführten „still face“ Untersuchungen. Es wurde beobachtet, wie ein depressiver, mütterlicher Gesichtsausdruck sich auf das Verhalten des Kindes auswirkt. Cohn und Tronick „waren die Ersten, die mit einem systematischen Codierungssystem eine sequenzielle (nacheinander ablaufende) Technik entwickelt haben, mit der die Struktur des emotionalen Verhaltens in Abhängigkeit von veränderten Gesichtsausdruck der Mutter“ erfasst werden konnte (Kullik 2012, S. 48). In den experimentellen Sequenzen verglichen sie normale Mutter-Kind-Interaktion mit simulierten depressiven Interaktionen. So konnten die Autoren zeigen, dass die Säuglinge mit der depressiv simulierten Mutter ein spezifisches negatives Reaktionsverhalten aufwiesen, als die Säuglinge der Kontrollgruppe (vgl. ebd.).

„Das kindliche Vermeidungsverhalten zeigt sich primär in Blickvermeidung und körperlichem Abwenden“ (Schwarz- Gerö 2006 S. 131). Dies bleibt den Müttern durchaus nicht verborgen. Sie interpretieren es als strafend und ablehnend, was ihre Schuldgefühle und die damit verbundene Depression noch weiter verstärkt. Säuglinge können Symptome zeigen, wie unstillbares Schreien, Schlafstörungen, Gedeihstörungen und entwickeln zusätzlich zu den emotionalen Verhaltensauffälligkeiten auch Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich, die teilweise bis ins Schulalter nachweisbar sein können (vgl. ebd. S. 131ff).

Brisch beschreibt ausführlich, wie traumatische Erfahrungen z.B. Fehl- und Frühgeburten oder eine bedrohlich erlebte Geburt, als schwere Krise erlebt werden können, die sich auch stark auf das Bindungssystem auswirken. Vor allem Notsituationen, in der die Trennung von Mutter und Kind lebensnotwendig ist, kann eine sich

entwickelnde Bindungsbeziehung von Mutter und Kind zum Stocken bringen (vgl. Brisch 2013, S. 122f).

Dies macht deutlich, wie wichtig, aber auch zerbrechlich eine gute Mutter-Kind-Bindung ist. Traumatische Geburtserfahrungen sind nicht in jedem Fall zu verhindern, aber eine gute Aufarbeitung der Geschehnisse sowie ein reflexiver Umgang mit eigenen Fehlern und Versäumnissen würde vielen Frauen helfen, Erlebnisse besser einordnen und verarbeiten zu können.

Wie viel bereits im Klinikalltag dafür getan werden kann, eine sichere Bindung zu unterstützen und mit welchen Hilfen die Kliniksozialarbeit dazu beitragen kann schwere psychische Erkrankungen bei Frauen zu verhindern, möchte ich im nächsten Kapitel deutlich machen.

5 Hilfs- und Präventionskonzepte der Kliniksozialarbeit

Schaut man rückblickend auf die Geschichte der Sozialen Arbeit, war sie sich schon von Anbeginn ihres Fachwerdens, der Verknüpfung von sozialen und gesundheitlichen Problemlagen bewusst. Als ein Feld der sozialen Arbeit, entwickelte sich daraus die klinische Sozialarbeit, auf der Grundlage, dass Gesundheit mit ihrer starken sozialen Komponente, die Mitwirkung von sozialpolitischen wie auch sozialpädagogischen Zugängen erforderlich macht (vgl. Homfeldt, Sting FZ sozialextra 2005, S. 41).

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem immerwährenden Wandel, der weitreichende Veränderungen und Belastungen mit sich bringt, besonders auf sozialer und psychischer Ebene. Dies führt zu Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit und birgt ein hohes Krankheitsrisiko. Historisch gewachsene professionelle Hilfesysteme, wie die der Sozialen Arbeit, geraten immer wieder ins Wanken und müssen ständig überdacht und an die Bedürfnisse angepasst werden. Ein Großteil der Menschen nehmen ihre Partizipationsmöglichkeiten heute eingeschränkter wahr als früher, trotz modernster Kommunikationsmöglichkeiten. „Die technologisch und ökologisch bestimmten und verrechtlichten Lebensbedingungen schieben die Technisierung der Medizin in den Vordergrund der Krankenbehandlung und machen das

ökonomisch ausgerichtete Sozialmanagement zum tragenden Faktor der Sozialsysteme“ (Pauls 2013, S. 11). Dies führt dazu, dass sich Menschen nicht selten in einer sozialen und emotionalen Überforderung ihrer Situation wiederfinden, besonders bei sozialer und ökonomischer Benachteiligung (vgl. ebd.).

Als zentrale Ursache für das Entstehen von Krankheiten nennt auch Ningel, den Mangel an sozialen Zuwendungen sowie psychosozialem Wohlbefinden. Somit sind eine psychosoziale Integration, sowie die vielen sozialen Unterstützungsformen und Netzwerke, die allerbesten Schutzfaktoren, um körperlichen und psychischen Krankheiten vorzubeugen. Ebenso sind sie das beste Mittel, bestehende Problemlagen zu verbessern (vgl. Ningel 2011, S. 43).

Forschungen belegen ausdrücklich den bedeutsamen Einfluss von psychosozialen Faktoren auf die Entwicklung von körperlicher und psychischer Gesundheit (vgl. Sting, Zurhorst 2000, S. 8f).

Dennoch wird der sozialen Dimension im Gesundheitswesen, der nach heutigem Forschungsstand zukommende Platz, nicht eingeräumt. Vielmehr ist „der biologische Zugang der wissenschaftlich akzeptierte, der psychologische der in Grenzen gewollte und der soziale als der vernachlässigte“ anzusehen (Pauls 2013 S. 32 zit. n. Ortmann & Schaub 2001). Hier nochmal grafisch dargestellt.

Gesundheitswesen



Abbildung 3

Sehr eindrucksvoll schreibt Pauls diesbezüglich, dass es die falsche Fragestellung ist, ob die Entstehung einer Erkrankung etwas genetisch-Angeborenes oder umgebungsbedingt-Erworbenes ist. Vor allem psychische Erkrankungen sind ein Resultat komplexer Interaktionen aus allen drei Dimensionen (vgl. Pauls 2013, S.33).

Es ist daher sehr wichtig, sich Krankheiten nicht defizitorientiert zu nähern, sondern sich der präventiven Möglichkeiten bewusst zu werden, die klinische Sozialarbeit zu leisten vermag. Aus verschiedenen Blickwinkeln möchte ich, bezogen auf die Traumatisierung in der Geburtshilfe, diese Möglichkeiten näher beleuchten.

5.1 Kliniksozialarbeit auf der Wochenbettstation

Die Kliniksozialarbeiter sind heute in fast jedem Krankenhaus etabliert, um Patienten zu beraten und in einem interdisziplinären Team, am ganzheitlichen Gesundheitskonzept mitzuwirken. Dabei arbeiten sie unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und vorhandener Ressourcen, um gezielte Hilfeleistung anbieten zu können. Kliniksozialarbeiter sind dabei zuständig für alle Abteilungen des Krankenhauses. Dennoch erlebe in der Praxis einer Akutklinik, dass Sozialarbeiter in einer Klinik vorrangig als Organisator und Entlassungsmanager fungieren. In einem Großteil ihrer Arbeitszeit organisieren sie Rehabilitationmaßnahmen, nachstationäre Betreuung oder die Unterbringung von Patienten in einer Pflegeeinrichtung. Ich kenne aus meiner beruflichen Praxis, keine Fälle in denen Sozialarbeiter bei traumatisierenden Geburtsverläufen, drohender Frühgeburten, Krankheiten des Kindes oder Teenagerschwangerschaften hinzugezogen wurden. Dabei kommt es nicht selten zu diesen oder ähnlichen Problemlagen. Eine Einbeziehung der Kliniksozialarbeit könnte sehr gewinnbringend für die betroffenen Frauen und Familien sein.

In dem Artikel von Gahleitner und Schulze „Psychosoziale Traumatologie- eine Herausforderung für die Soziale Arbeit“ wird sehr genau beschrieben, welches wichtige Bindeglied die klinische Sozialarbeit im Umgang mit traumatisierten Menschen ist. Klinisches Handeln im Kontext der Sozialen Arbeit kann für den Klienten, besonders bei sozialer Benachteiligung, passgenaue und lebenspraktische Hilfen vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt und seiner Ressourcen vermitteln. Dafür bedarf es des „interdisziplinären Zusammenwirkens vieler Berufsgruppen,

um angemessene Konzepte bereitstellen zu können. Soziale Arbeit sollte sich dabei als das erweisen, was sie in der Praxis längst leistet: als eigenständiger und dennoch dialogfähiger professioneller Partner im interprofessionellen psychosozialen Behandlungsraum“ (Gahleitner, Schulze 5(1) /2009, FZ Klinische Sozialarbeit S. 7).

Eine krisenhafte Entbindung kann, wie in Absatz 6.3 erläutert, eine posttraumatische Belastungsstörung nach sich ziehen. In der Auswertung ihrer Studie sieht Freisfeld es daher als sinnvoll und wichtig an, Frauen mit psychischen Auffälligkeiten nach der Geburt auf Anzeichen von PTBS zu screenen und darauf zu achten, wie sie mit den Gedanken an die Geburt umgehen. Unabhängig davon sollte jeder Frau angeboten werden, den Geburtsverlauf noch einmal zu besprechen. Diese Option sollte ebenso zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein, auch wenn sie die Klinik bereits verlassen hat (vgl. Freisfeld 2016, S. 14). Darüber hinaus kann es sehr hilfreich sein, wenn eine neutrale Person diese Gespräche begleitet und weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Eine enge Zusammenarbeit von Kliniksozialarbeitern, Hebammen und Ärzten der Abteilung wäre wünschenswert und könnte Möglichkeiten zur Supervisionen aufzeigen.

Brisch weist darauf hin, wie wichtig es ist, eine hochbelastete, stressvolle und traumatische Erfahrung um die Geburt herum zu verarbeiten, da sonst die Mutter emotional nicht für das Kind verfügbar ist. Dies kann zur Folge haben, dass eigene Ängste auf das Kind projiziert werden und der Säugling als beängstigend und bedrohlich erlebt wird. Dies führt beim Baby dazu, dass es sich seiner Projektion nach zunehmend unruhiger, schreckhafter und oder auch ängstlicher und zurückgezogener verhält. Die Folgen können Bindungs- und Empathiestörungen sein (vgl. Brisch, Hellbrügge 2007 S. 275).

Wie bereits erwähnt, können Notsituationen das schnelle Handeln des gesamten Personals notwendig machen und in einer solchen Situation steht primär das Überleben von Mutter und Kind im Vordergrund. Ist auch nach der Geburt eine räumliche Trennung von Mutter und Kind notwendig, führt es dazu, dass extremer Stress und Angst weiter anhalten (vgl. Brisch 2013, S. 122-125). Vor allem, wenn vorzeitige Wehen (vor der 37. SSW) auftreten, kommt es zu großer Angst und Sorge, das ungeborene Kind zu verlieren. Besonders stark nehmen Ängste zu, wenn Frauen diese Situation schon einmal erlebt haben. Eine fehlende stabile Partnerschaft oder

Familienprobleme können die Überforderungssituation noch verschärfen (vgl. Brisch 2007, S. 280).

Oft suchen Frauen, ihrem Bewältigungsverhalten klassisch, die Schuld bei sich. Böhnisch und Funk beschreiben das weibliche Bewältigungsmuster als ein nach innen geleiteter Konflikt, der auf die weibliche Sozialisation und im Besonderen auf die Mutter-Tochter-Beziehung zurückzuführen ist. In dem Gefühl dem perfekten Ideal nicht zu entsprechen und nicht gut genug zu sein, werden sie von starken Schuldgefühlen geplagt (vgl. Böhnisch, Funk 2002, S. 127f).

Ich selbst, habe schon sehr viele verängstigte Frauen auf der Wochenstation erlebt, die auch Tage nach dem Ende der vorzeitigen Wehen das Krankenhaus nicht mehr verlassen wollten und immer wieder neue Krankheitssymptome zeigten. Diese verschiedensten Problemlagen machen deutlich, wie notwendig eine gezielte feste Einbindung der klinischen sozialen Arbeit auf der Entbindungsstation ist. Ebenso bietet ein früher Erstkontakt und Vertrauensaufbau, Möglichkeiten der gezielten Aufklärung über Risiken, wie z.B. einer postpartalen Depression. Dies kann helfen, dass betroffene Frauen sich viel schneller um Hilfe bemühen.

Loch und Schulze schreiben passend dazu, dass die Aufgabe der sozialen Arbeit darin besteht, „ihre Handlungsräume zu öffnen und ihre Vorstellungen über ihre Aufgaben so zu erweitern, dass sie Menschen mit traumatischen Erfahrungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt kompatible Unterstützungen anbieten kann“ (Loch, Schulze 11/12, FZ S. 19).

Genauso, wie das Schaffen dieser Angebote stellt Brisch die Einbeziehung der Väter in therapeutische Angebote als sehr wichtig heraus. „Männer mit einer eher bindungsvermeidenden Haltung gehen dagegen eher davon aus, dass sie Spannungen, Konflikte, Ängste im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt alleine lösen bzw. bewältigen müssen. Damit sind sie aber in einer sehr einsamen Position und oftmals sehr gestresst und überfordert. All diese Gefühlskonstellationen sind nicht sehr hilfreich, um einen liebevollen, entspannten, bindungssicheren väterlichen Kontakt mit dem Baby aufzubauen“ (Brisch 2013 S. 25).

Der wichtigste Schutzfaktor, um eine Traumatisierung gut zu bewältigen ist, wie schon mehrfach erwähnt, ein stabiles Familien- und Beziehungsnetz. Der Partner

kann mit einer präsenten, liebevoll unterstützenden Haltung der Frau viel Angst nehmen und sie emotional entlasten. Ist der Partner nicht präsent oder existiert keine stabile Partnerschaft, kann dies das Angst- und Stresserleben verstärken, sowie die Schwangerschaft extrem negativ beeinträchtigen. „Je angst- und stressfreier eine Schwangerschaft erlebt werden kann, desto entspannter kann sich der Fötus entwickeln“ (ebd. S. 30f).

Dies weist im Umkehrschluss darauf hin, dass Frauen ohne stabiles Familiennetz ein höheres Frühgeburtsrisiko aufweisen und sie eher zu Problemen in der Schwangerschaft neigen, als Frauen in einer gut begleiteten Schwangerschaft. Die Einbeziehung von klinischer Sozialarbeit bei Schwangerschaftsproblemen und drohender Frühgeburt wäre demzufolge besonders hilfreich, um betroffenen Frauen passgenaue Hilfen anzubieten und zu vermitteln. Weiterhin können Kliniksozialarbeiter als wichtige Ansprechpartner und Vertrauenspersonen fungieren, die im Fall einer Frühgeburt die Eltern betreuen. Auf die wichtige Begleitung von Eltern zu früh geborener Kinder durch Kliniksozialarbeiter möchte ich im nächsten Punkt eingehen.

5.1.1 Kliniksozialarbeit auf der Frühgeborenen Station

Ich beginne zum besseren Verständnis mit einer persönlichen beruflichen Erfahrung. 1998, kurz nach dem Ende meiner Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, begann ich auf einer kleinen Kinder- und Frühgeborenen-Intensivstation zu arbeiten. Nur wenige Tage nach meinem beruflichen Einstieg betreute ich das erste Mal ein Neugeborenes, welches in der 25. SSW mit gerade einmal 500 Gramm Geburtsgewicht, zur Welt kam. Heute ist dies so nicht mehr möglich. Frühgeborenen-Intensivstationen werden seit 2006 in sogenannte Perinatalstufen-Level I-IV eingeteilt. Die Richtlinien über die Versorgung von Frühgeborenen werden in Inhalt und Strukturen vom gemeinsamen Bundesausschuss aus Krankenkassen und Ärztenverbänden festgelegt. Die letzte Änderung erfolgte am 20.06 2013, danach müssen Kliniken mit Perinatal-Level I, mindestens 30 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1250g im Jahr betreuen, um ihren Status nicht zu verlieren. Diese Regelung wurde zur verbesserten medizinischen Versorgung geschaffen und soll zu kürzeren Krankenhausaufenthalten führen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013, S. 2-6).

Viele Krankenhäuser haben durch diese Richtlinien keine Möglichkeit mehr, sehr kleine Frühgeborene zu betreuen und müssen diese auch nach der Entbindung verlegen. Heute gibt es Level I Krankenhäuser nur noch in großen Städten, welches besonders Eltern aus dem ländlichen Raum vor große Herausforderungen stellt. Für sie bedeutet diese Änderung enorme Fahrtwege und dass sie weniger Zeit bei ihrem Kind verbringen können. Sozial benachteiligte Frauen und Familien trifft diese Regelung oftmals noch härter. Sie verfügen häufig über wenig finanzielle Ressourcen ihr Kind zu besuchen. Hinzu kommen extreme Berührungsängste aller Eltern von Frühgeborenen, die nur durch häufigen und intensiven Kontakt abgebaut werden können.

Die viel zu frühe Geburt eines Kindes geht immer mit einem lebensbedrohlichen Zustand des Kindes einher. Für die Eltern ist es daher ungewiss, ob sich ihr Kind überhaupt gesund entwickeln kann. Diese abrupte Trennung und die Todesbedrohung führen zur Einschränkung mütterlicher Kompetenzen, da das Neugeborene nur mit Hilfe medizinischen Fachpersonals betreut werden kann. Der Hightech Medizin fühlen sie sich hilflos ausgeliefert und ihr Selbstwertgefühl leidet (vgl. Brisch 2007, S. 283).

Diese Problematik haben einige Kliniken bereits erkannt und setzen auf ihren Intensivstationen, Kliniksozialarbeiter ein und bieten sozialmedizinische Nachsorge an. Sie gehören nicht zum neonatalen (Spezialisierung auf Neugeborene) Team, sondern unterstehen dem Kliniksozialdienst des Hauses, so können zu emotionale Bindungen vermieden werden. Besonders bei der Versprachlichung ihrer Wünsche und Bedürfnisse haben Mütter und Väter große Hemmschwellen. Sie möchten in ihrer Rolle als Eltern wahrgenommen werden, aber fühlen sich dieser oft nicht gewachsen. Als fester Ansprechpartner kann der Kliniksozialarbeiter eine wichtige Vertrauensperson für die Eltern darstellen und, mit allen Positionen vertraut, gut als Vermittler fungieren.

Der Neonatologe Dr. Friedrich Potz beschreibt deutlich, wo auch heute noch die Diskrepanz in der Eltern- Kind- Nähe auf einer Frühgeborenenstation liegt. „Kliniken müssen lernen, dass Eltern keine Besucher sind und dass sich Elternliebe nicht nach Besuchszeiten richtet. Ein 24-Stunden-Rooming-in von Eltern und Geschwisterkindern auf der Intensivstation wäre der ideale Start der jungen Familie“ (Poz

FZ Hebammenforum 1/2017, S. 34). In einer Stockholmer Klinik ist dies bereits möglich. Auch andere Beispiele aus skandinavischen Kliniken machen deutlich, wie viel Elternnähe der Klinikalltag vertragen kann. Frühgeborene profitieren von körperlicher Nähe in vielerlei Hinsicht. Es verbessert ihre kognitive Entwicklung, steigert ihre Gewichtsentwicklung und stärkt die Mutter Kind Bindung (ebd.).

Wichtig für Eltern ist eine soziale Unterstützung, um mit weniger Angst ihrem Kind begegnen zu können. Darüber hinaus kann es hilfreich sein, einen vertrauensvollen Ansprechpartner zu haben, mit dem sie das Geschehene einordnen können. Denn je angstfreier sie am Inkubator des Kindes stehen, umso eher sind Eltern offen und emotional verfügbar, um ihr Kind in der Känguru- Methode (das Baby wird nackt auf den nackten Oberkörper gelegt) halten zu können (vgl. Brisch 2007 S. 283).

Heute können durch die hochmoderne Medizin viele Frühgeborene überleben, dennoch schaffen es nicht alle. Eltern sind sich dessen stets bewusst. Kliniksozialarbeiter können Eltern Netzwerke vermitteln, um mit der Situation besser zurecht zu kommen. Selbsthilfegruppen, Psychologen, Traumatherapeuten oder sozialmedizinische Nachsorge sollen helfen, schwere Depression zu verhindern und die Familie zu stärken. Die sozialmedizinische Nachsorge ist geregelt im § 43 Abs. 2 SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung). Sie ermöglicht viele Hilfestellungen rund um die Geburt und erleichtert auch die Anfänge nach der Entlassung aus den Krankenhaus. Bei Frühgeborenen und schwer kranken Kindern ist eine Begleitung besonders in den ersten Wochen sehr wichtig, um Unsicherheiten abzubauen und Überforderung zu verhindern.

5.1.2 Möglichkeiten der Kliniksozialarbeit in der Präventionsarbeit

Präventionsangebote sind die beste Möglichkeit, den Verlauf von Krankheiten abzuschwächen oder noch besser, sie ganz zu verhindern. Deshalb wollte ich in meiner Arbeit einen Fokus auf diese Angebote legen und darstellen, was die klinische Sozialarbeit leisten kann.

Ein besonders interessantes Präventionskonzept der Stiftung „SeeYou“ ist die Familienorientierte Nachsorge Hamburg. Vor über 10 Jahren im Katholischen Krankenhaus Wilhelmstift gegründet, unterstützt „SeeYou“ heute mit ihrem Programm

Babylotse alle Geburtskliniken in Hamburg. Dabei zieht ihr Konzept nicht allein auf Elternbegleitung von schwer- oder chronisch kranken Kindern ab, sondern hilft auch psychosozial belasteten Familien, ihr neues Leben zu gestalten. Dieses Programm ist fest im Klinikalltag integriert und wird allen Frauen zur Geburtsplanung angeboten. Die Beratung der Babylotsen umfasst vielseitige Themen von Schwangerschaft, Geburt, über spezielle Angebote in Wohnortnähe bis hin zu Behörden-gängen oder Kontaktvermittlungen. Ziel ist es dabei, Frauen und Familien so zu unterstützen wie sie es benötigen, damit sie sich ihrer neuen Aufgabe mit Kind ge-wachsen fühlen. Damit mindern sie einen großen Risikofaktor, der zu postpartalen Depressionen führen kann. Die Babylotsen sind hierbei keine ehrenamtlichen Mit-arbeiter, sondern Fachpersonal und haben Soziale Arbeit, Sozialpädagogik oder Pädagogik studiert und werden unterstützt von Hebammen mit Zusatzqualifizierung. 2015 wurde dieses herausragende Engagement von Springer Medizin mit dem 2. Platz des Charity Awards ausgezeichnet. Der Gründer und Geschäftsführer Dr. Sönke Siegert sagte bezeichnend, wie wichtig es ist die Öffentlichkeitsarbeit weiter voran zu treiben, um noch mehr Frauen zu erreichen. Er hob hervor, dass es ent-scheidend ist, hinzusehen und Familien mit ihren Problemen nicht allein zu lassen (Schmidt FZ Gynäkologie und Geburtshilfe 2016, S. 49).

Dieses umfassende Angebot aller Geburtskliniken der Stadt Hamburg hat mich be-geistert, da es Frauen und Familien eine Hand reicht. Meiner Auffassung nach ist der Erstkontakt die größte Hemmschwelle, weil er mit großen Unsicherheiten und Ängsten verbunden ist. Dies lässt die Vermutung zu, dass Frauen und Familien leichter Hilfsangebote zulassen können, wenn ihnen die Personen vertraut sind und sie keine zusätzlichen Ängste verspüren.

Eine andere interessante Präventionsstudie ist das „Wiener Modell“, welches zwei Jahre lang durch präventive Maßnahmen versuchte, postpartale Depressionen zu verhindern oder sie frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Drei Krankenhäuser der Stadt Wien beteiligten sich im Rahmen des Programms für Frauengesundheit an dieser Studie. Frauen würden, ihre Erlaubnis vorausgesetzt, bereits in der Schwangerschaft auf psychosoziale Belastungen und Anzeichen für eine postpar-tale Depression befragt. Unter anderem fand die Edinburgh-Postpartal-Depressi-ons-Skala Anwendung, sowie ein Fragebogen zur sozialen Situation der Frau. Bei erhöhten Risikowerten wurde sie an eine speziell ausgebildete Projekthebamme

überwiesen. Es folgte ein ausführliches Gespräch und je nach Verlauf, wurde eine Betreuung durch die Kliniksozialarbeiter, einer Familienhebamme und die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten (vgl. Wimmer-Puchinger 2006, S. 32-36). Kern des Projekts war es, die „psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren“ herauszufiltern, die eine PPD begünstigen. Ebenso sollte herausgefunden werden, mit welchen primären und sekundären Präventivmaßnahmen das Risiko minimiert werden kann, an einer postpartalen Depression zu erkranken (vgl. Wimmer-Puchinger 2006, S. 32).

Die Einbindung der Eltern-Kind-Einrichtungen erwies sich als besonders gewinnbringend. Frauen profitierten von den angebotenen Gruppenaktivitäten, besonders bei einem fehlenden sozialen Netz. Sie lernten ihre Alltagskompetenzen zu stärken und durch gezielte Aufklärung über PPD konnte ihnen die Chance vermittelt werden, selbst aktiv mit ihren eigenen Ressourcen an der Verbesserung zu arbeiten. Als wichtige Projekterkenntnis wurde aufgeführt, dass der Teil Frauen, der den Kliniksozialarbeitern zugewiesen wurde, den Fremd- und Eigeneindruck von Selbstorganisationsfähigkeit vermittelte, selbstbewusst und selbstsicher wirkte und in der Lage schien, seine Probleme selbst lösen zu können. Dennoch wurde eine erhöhte Risikoeinschätzung nachgewiesen. Es fiel zudem auf, dass dieser Anteil Frauen überproportional häufig einen Migrationshintergrund aufwies und trotz sehr guter Deutschkenntnisse, Hilfe bei Problemlösungen benötigte. Dies ließ die Vermutung offen, „ob der Verlust von soziokulturellem Hintergrund und familiärem Eingebundensein“ das Risiko für PPD erhöht (Friedl 2006, S.150).

Auch bei diesem Projekt wurde deutlich, wie vorteilhaft eine Risikoerhebung auf PPD in der Schwangerschaft ist, um frühzeitig schwere postpartale Erkrankungen zu verhindern. Die Kliniksozialarbeit ist dabei ein verlässlicher und kompetenter Partner. Meiner Auffassung nach ist es wichtig, im multiprofessionellem Verbund zu arbeiten und Hebammen mit der Versorgung Schwangerer und junger Mütter zu unterstützen. Diese Unterstützung ist durch den Wandel der Familie und der veränderten Familienstruktur notwendig. Dies können Hebammen nicht alles leisten.

Auch Deutschland erkannte, dass die gesetzlich geregelte Hebammen-Nachsorge oftmals nicht ausreicht und Familien eine längere oder intensive Betreuung benötigen. Deshalb wurde nach ergänzenden Hilfen gesucht und ein Präventionskonzept entwickelt.

Auf der Grundlage des Bundeskinderschutzgesetzes vom 01. Januar 2012 wurde die Bundesinitiative „Frühen Hilfen“ verabschiedet. Ermöglicht wird Familien eine lokale Unterstützung in Form einer längeren Betreuung durch Familienhebammen und koordinierten Hilfsangeboten für Familien von der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes. Ziel ist hierbei, eine Verbesserung der Entwicklung der Kinder zu erreichen und die alltagspraktische Unterstützung der Eltern, um sie in ihrer Erziehungs- und Beziehungskompetenz zu stärken. Maßgeblich ist dabei, dass gesunde Aufwachsen des Kindes und das Sichern seiner Rechte von Förderung, Schutz und Teilhabe. Grundlegend sollen sich diese Angebote an alle (werdenden) Eltern richten, doch wenden sich die Angebote der „Frühen Hilfen“ besonders an Familien mit Problemlagen. Basierend auf die multiprofessionellen Kooperationspartner werden Angebote aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, dem Gesundheitswesen, der Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe oder anderer sozialer Dienste vermittelt. Die Aufgaben von „Frühen Hilfen“ sind sehr klar auf den Schutz des Kindes ausgerichtet, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden oder Maßnahmen zu dessen Schutz zu ergreifen (vgl. www.fruehehilfen.de).

Die Akquirierung der Familien, die von den „Frühen Hilfen“ profitieren sollen, scheint dennoch schwierig. Das könnte daran liegen, dass diese Angebote aus dem Kinderschutz heraus entstanden sind und ihre Ansprechpartner zum Jugendamt des Landkreises gehören. „Frühen Hilfen“ sind in Deutschland nicht im Gesundheitswesen integriert, anders als in Österreich. Daraufhin erfolgt keine gezielte Akquirierung von Familien mit psychosozialen Problemlagen in Geburtskliniken. Damit wird meiner Auffassung nach eine große Chance vergeben, Frauen schon in der Schwangerschaft diese Hilfen näher zu bringen. Die Hebammenbetreuung ist keine Pflicht und in der Praxis erlebe ich besonders bei Frauen in sozial schwierigen Verhältnissen, dass sie dieses Angebot nicht nutzen oder sich zu spät um eine nachbetreuende Hebamme bemühen. Aufgrund der immer weiter schrumpfenden Hebammenversorgung in Deutschland finden sie immer häufiger keine Hebamme mit freien Kapazitäten. Es ist notwendig, dass diese Hilfen noch besser bei den Familien

ankommen und die klinische Sozialarbeit könnte hierbei ein fachlich kompetenter Begleiter sein und an weiterführende Hilfskonzepte vermitteln.

5.2 Beratungsstellen, Ambulanzen und stationäre Einrichtungen

Es gibt eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen mit postpartalen psychischen Erkrankungen. In meiner Arbeit möchte ich verschiedene Modelle exemplarisch aufführen und kurz beschreiben.

Psychotraumazentren

Der Ausbau psychotraumatischer Beratungsstellen in großen Städten ermöglicht Menschen nach erlittenen Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen umfassende Behandlungsangebote. Ein Beispiel hierfür ist das Psychotraumazentrum Leipzig. Der Verein hat das erklärte Ziel, über Ursachen und Folgen von psychischen Traumatisierungen aufzuklären. Ebenso wichtig ist es ihnen, Betroffene und Angehörige zu unterstützen und die gesellschaftliche und individuelle Wahrnehmung von psychischen Traumatisierungen und deren Auswirkungen stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. Sie bieten psychologische und Traumafachberatung an, für Menschen in emotional stark belasteten Situationen oder zur Überbrückung der langen Wartezeit auf einen Therapieplatz. Speziell ausgebildete Traumafachberater bieten Beratung und Unterstützung in Form von Gesprächsangeboten und anderen Stabilisierungs- und Strukturhilfen an. Betroffene und Angehörige erhalten Information über die psychologischen Hintergründe und Hilfen bei der Bewältigung. Ein weiteres Angebot ist SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern (Flyer im Anhang). Dieses Programm dient besonders der Förderung einer sicheren Eltern-Kind Bindung und wurde nach dem Modellprojekt von Dr. Karl-Heinz Brisch entwickelt. Die Kursangebote richten sich speziell an schwangere Frauen und Paare schon ab der 25.SSW. Viele verschiedene Vorträge und Workshops bietet das Psychotraumazentrum zusätzlich zu verschiedenen Themen an. Zum Beispiel über frühe Bindung, Trauma, Traumafolgestörungen oder Psychohygiene. Dieses Angebotskonzept von Beratung, Aufklärung und Präven-

tion sollte weiter ausgebaut werden, da es eine deutliche Unterversorgung im ländlichen-urbanen Raum zu beklagen gibt (vgl. <https://www.psychotraumazentrum-leipzig.de/>).

Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit ähnlichen Krankheiten oder Problemen, um sich auszutauschen und von den Erfahrungen untereinander zu profitieren. Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen informiert auf ihrer Internetadresse (www.nakos.de) über verschiedenste Selbsthilfegruppen und unterstützt Betroffene bei der Suche nach Adressen in Wohnortnähe. Vielen Betroffenen hilft der persönliche Kontakt zu Menschen, die das gleiche Schicksal teilen. Dabei ist es wichtig, sich gegenseitig Mut zu machen und Trost zu spenden. Frauen mit psychischen Erkrankungen nach der Geburt haben oft große Hemmungen, sich an Selbsthilfegruppen zu wenden, da sie enorme Schuldgefühle und Scham empfinden.

Der gemeinnützige Selbsthilfeverein „Schatten und Licht e.V.“ (Flyer in den Anlagen aufgeführt), den ich hier exemplarisch näher beleuchten möchte, wurde 1996 von betroffenen Frauen gegründet und ist seit 1999 in das weltweite Netzwerk „Postpartum Support International“ eingebunden, um auch die Vernetzung von Selbsthilfegruppen unterschiedlicher Länder zu ermöglichen. Der Verein hat sich verschiedene Ziele gesetzt, wie zum Beispiel:

- das Führen von Kontaktlisten für betroffene Frauen
- Aufbau bundesweiter Beratungs- und Selbsthilfegruppen
- Erstellung von Listen mit Fachleuten
- Informationen zu speziellen Mutter-Kind Einrichtungen
- Unterstützung wissenschaftlicher Forschung
- Öffentlichkeitsarbeit und Enttabuisierung postpartaler Problematiken

Betroffene Frauen profitieren nicht nur von der Vermittlung zu Fachleuten und Selbsthilfegruppen, sondern können sich telefonisch beraten lassen. Dies ist auch

zwingend notwendig, da der bundesweite Aufbau von Beratungs- und Selbsthilfegruppen noch deutlich vorangetrieben werden müsste. Im ländlichen Raum sind diese leider kaum zu finden, trotz einer jährlichen Neu-Erkrankung von 100.000 Frauen (vgl. <http://www.schatten-und-licht.de/>).

Psychiatrische Kliniken und Ambulanzen

Schwere psychische Erkrankungen machen einen Klinikaufenthalt meist unausweichlich. Dabei ist es besonders wichtig Mutter und Kind in dieser schwierigen Zeit zu unterstützen und nicht zu trennen. Heute gibt es daher in vielen psychiatrischen Kliniken separate Abteilungen mit integrierter Mutter-Kind-Betreuung. Das Sächsische Krankenhaus Altscherbitz (Auszug aus der Infobroschüre im Anhang) möchte ich hierfür als Beispiel anführen.

Das psychiatrische Klinikum verfügt über fünf Rooming-in Einheiten, die es ermöglichen, Kleinstkinder bis 12 Monaten stationär mit aufzunehmen. Damit will man den psychischen Erkrankungen nach der Schwangerschaft Rechnung tragen und sieht die positiven Möglichkeiten. Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und andere Therapiekonzepte können somit um den Aspekt der Mutter-Kind-Bindung erweitert werden.

Möglichkeiten einer ambulanten Therapie bieten Tageskliniken. Durch die starke Einbindung ins klinische Setting können Frauen heute schneller aus der stationären Therapie entlassen werden oder haben die Möglichkeit, einen stationären Aufenthalt zu umgehen. Tageskliniken haben den Vorteil, wirklichkeitsnahe Bedingungen mit psychiatrischen Therapien zu kombinieren und somit einen leichteren Einstieg in den Alltag zu ermöglichen.

Ambulante psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten werden in Kliniken angeboten, wenn keine geeigneten Ärzte zur Verfügung stehen oder durch die Art und Schwere der Erkrankung eine klinische Anbindung ratsam ist. Ebenso verfügt das Klinikum Altscherbitz über Selbsthilfegruppen zum Thema Schwangerschaftsdepression, Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose (vgl. <https://www.skh-altscherbitz.sachsen.de/>).

6 Fazit

Am Ende meiner Arbeit komme ich nochmal zu meinen hauptsächlichen Beweggründen zurück, die mich zum Schreiben dieser Arbeit bewogen haben. Meiner Meinung nach ist es besonders wichtig, dass Frauen in einer Ausnahmesituation, die eine Geburt zweifelsohne darstellt, fachlich und emotional gut betreut werden. Hebammen leisten oft eine hervorragende Arbeit, aber sie kommen an ihre Grenzen.

Beim Schreiben dieser Arbeit ist mir noch bewusster geworden, dass durch den Strukturwandel der Familie, es heute noch wichtiger geworden ist, besonders junge Familien zu unterstützen und zu begleiten. Wir haben heute durch den medizinischen Fortschritt enorme Möglichkeiten geschaffen. Neugeborene überleben häufig eine Geburt schon ab der 23. Schwangerschaftswoche und auch die Pränataldiagnostik verfügt über umfangreiche Untersuchungsmöglichkeiten. Dennoch ist die Begleitung von Familien noch lange nicht auf diesem Niveau angekommen.

Bestätigt hat sich in der Auseinandersetzung mit meiner Fragestellung, wie wichtig klinische Sozialarbeit im Krankenhaus ist und wie viel sie auf den geburtshilflichen Abteilungen zu leisten vermag. Sie ist ein fähiger und verlässlicher Partner in einem multiprofessionellen Team und trotz Verbindungen zu den neonatologischen und geburtshilflichen Stationen, verfügt die Klinische Sozialarbeit über die nötige Distanzstellung, die es ihr ermöglicht, an Problemstellungen heranzutreten und fachlich kompetent zu beraten und zu begleiten. Eine Einbindung der klinischen Sozialarbeit in alle geburtsklinischen Abteilungen ist daher enorm gewinnbringend, um Familien ganzheitlich zu begleiten.

Beispielgebend, auch das konnte ich darstellen, ist im Bereich der Kliniksozialarbeit, die umfangreiche Einbindung in Präventionskonzepte. Ebenso kann sie an der Erarbeitung umfangreicher eigener Klinikkonzepte mitarbeiten. Wie hilfreich und wegweisend eigene Ideen sein können, wurde mir besonders am „SeeYou“-Konzept der Hamburger Geburtsklinik deutlich. Heute wird das Programm der Babylotsen an allen Hamburger Kliniken angeboten und auch andere Kliniken in Deutschland haben den Wert der Babylotsen erkannt und in ihre Kliniken eingebunden. Dieser

ganzheitliche Blick trägt erheblich zur verbesserten Versorgung der Frau und der Familie während und nach der Geburt bei.

Nach Beendigung dieses Forschungsprozesses konnte ich hoffnungsvoll in der Tagespresse lesen, dass man versuchen will die in Deutschland immer weiter steigende Kaiserschnitttrate zu senken. Diesbezüglich startet im April 2018 die Universität Halle mit einem vom Bundesforschungsministerium gestützten Projekt und will bis zum Jahr 2020 erforschen, ob die Rate der natürlichen Geburten steigt, wenn man die Bedürfnisse der werdenden Mütter mehr in den Vordergrund stellt. Die Ergebnisse dieser Studie interessieren mich sehr und ich hoffe, dass sie zum Umdenken in unserem Gesundheitssystem beitragen. Eine gute und umfassende Betreuung von schwangeren Frauen darf aber nicht nach der Geburt enden.

Mein persönliches Fazit ist, dass eine Erweiterung des Aufgaben Spektrums der Kliniksozialarbeit erheblich dazu beitragen kann, Frauen vor psychischen Erkrankung nach der Geburt zu bewahren. Eine feste Einbindung von Sozialarbeitern auf Neugeborenen- und Frühgeborenenstationen ist daher zwingend notwendig und bietet Familien eine wichtige Begleitung und Unterstützung.

7 Literaturverzeichnis

Adler, Marina; Lenz, Karl (2011): Geschlechterbeziehungen. Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung Band 2. Juventa Verlag Weinheim und München.

Bauer, Nicole (2011): Der Hebammenkreißaal: Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. V & R Unipress Gmbh. Göttingen. 1.Auflage.

Böhnisch, Lothar; Funk, Heide (2002): Soziale Arbeit und Geschlecht. Theoretische und praktische Orientierungen. Juventa Verlag. Weinheim und München.

Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (2007): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Klett-Cotta. Stuttgart.

Brisch, Karl Heinz (2011): Frühgeburt und Trauma. In: Hellbrügge, Theodor; Schneeweiß, Burkhard (Hg.): Frühe Störungen behandeln- Elternkompetenz stärken. Klett-Cotta. Stuttgart.

Brisch, Karl Heinz (2013): Schwangerschaft und Geburt. Bindungspsychologie- Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Klett-Cotta. Stuttgart.

Dorn, Almut (2003): Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Entbindung. Ein Modellentwurf zu subjektiven und objektiven Einflussfaktoren auf der Grundlage einer explorativen Studie. Shaker.

Diabatè, Sabine (9/2014): Mütter heute: Leitbilder, Lebensrealitäten und Wünsche. Bundeszentrale für politische Bildung.
(<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/familienpolitik/191689/muetter-heute?p=all> zuletzt aufgerufen: 20.11.2017).

Dalton, Katharina (2003): Wochenbettdepression. Erkennen - Behandeln – Vorbeugen. Hans Huber. Bern. 1.Auflage.

Ehlert, Ulrike (2004): Fachzeitschrift Psychotherapeut. Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. S. 367-376.

Faust, Volker: Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln.
(http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/folie_a_deux.html zuletzt online: 17.11.18).

Freisfeld, Claudia (2016): Wissenschaftsforum. Deutscher Hebammenverband. Posttraumatische Belastungsstörungen nach Geburten: Prävalenz Risikofaktoren und kognitiver Einfluss. S.10-15.

Friedl, Roswita (2006): Postpartale Depression- Praxis- Erfahrungen aus der Sozialarbeit In: Riecher-Rössler, Anita; Wimmer- Puchinger (Hg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer Verlag. Wien. S.141-152.

Friedrich, Jana (8/2016): Zeitschrift Hebammenforum. Fachmagazin des deutschen Hebammenverbandes. Thema: Gewalt. S. 833-837.

Frühe Hilfen (<https://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/qualifizierungsmodule/> zuletzt online: 03.12.17).

Gahleitner, Silke Brigitta; Schulze, Heidrun (5(1)/2009): Fachzeitschrift Klinische Sozialarbeit. Psychosoziale Traumatologie- eine Herausforderung für die soziale Arbeit. S. 4-7.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2013): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1754/2013-06-20_QFR-RL_Aenderung_BAnz.pdf zuletzt online: 19.12.2017).

Gesetze für die soziale Arbeit (2013): Textsammlung. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden. 3. Auflage.

Gloger-Tippert, Gabriele (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Grohe, Friederun (2003): Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Vandenhoeck & Ruprecht; Auflage: 1.Aufl.

Große, Anett; Mader, Silvia (2016): Seminar Trauma. (<https://download.hs-mittweida.de/intranet/lehre/Sw/Lehrbeauftragte/MaderGro%C3%9Fe/Trauma%20Mittweida%20%20aktuell.pdf> zuletzt aufgerufen: 22.11.2017).

Hader, Ulrike (2012) Sectio caesarea. In: Geist, Christine; Stiefel, Andrea; Hader, Ulrike (Hg.): Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5.Auflage. Hippokrates. S. 439-441.

Hartung, A.C.; Hartung, C. (1997): Postpartum Blues: psychosomatische Aspekte des frühen Wochenbetts. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité, der Humboldt-Universität zu Berlin.

Homfeldt, Günther; Sting, Stephan (9/2005): Fachzeitschrift Sozialextra. Soziale Arbeit und Gesundheit. Vergessene Zusammenhänge und Forschungsfragen. S. 41-44.

Huber, Michaela (2012): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Junfermann Verlag. Paderborn. 5. Auflage.

Husslein, Peter (2002) Die geburtshilfliche Kontroverse. In: Bender, Georg; Dall, Peter (Hg.): 54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Geburtshilfe und Perinatologie, Operative Gynäkologie und Onkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin Düsseldorf. Springer Verlag. S. 67-69.

Kästner, Ralph (12/2016): Fachzeitschrift Hebammenforum. Strafsectio und Wunschsectio- eine psychosomatische Betrachtung. Thema: Kaiserschnitt. S. 1359-1362.

Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Psychozoial Verlag. Stuttgart.

Kribs, Angela; Jerchel, Sabine; Heinen, Norbert (2011) Psychische Belastungen von Eltern Frühgeborener. In: Kißgen, Rüdiger; Heinen, Norbert (Hg.): Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention. Klett- Cotta. Stuttgart. S. 49-58.

Kullik, Angelika; Petermann, Franz (2012): Emotionsregulation im Kindesalter. Hogrefe Verlag; 1. Auflage.

Leuzinger-Bohleber, Marianne; Haubl, Rolf; Brumlink, Micha (2006): Bindung, Trauma und soziale Gewalt. Psychoanalyse, Sozial- und Neurowissenschaften im Dialog. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG. Göttingen.

Loch, Ulrike; Schulze, Heidrun (11/12 2011): Sozial extra. Beruf und Qualifikation. (Handlungs-) Räume öffnen. S. 16-19.

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Haupt UTB. Berne. 1.Auflage.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Beltz Juventa. Weinheim und Basel. 3. Auflage.

Potz, Friedrich (1/2017): Fachzeitschrift Hebammenforum. Gut am (Klinik-) Start. S. 34-35.

Psychotraumazentrum Leipzig (<https://www.psychotraumazentrum-leipzig.de/unsere-angebote/> zuletzt aufgerufen: 08.12.17).

Reiner-Lawugger, Claudia (2016): Posttraumatische Belastungsreaktion nach schwieriger Geburt. In: Wimmer- Puchinger, Beate (Hg.): Irrsinnig weiblich- Psychische Krisen im Frauenleben. Springer Verlag. Berlin. Heidelberg. S. 146-157.

Riecher-Rössler, Anita; Wimmer- Puchinger 2006: Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer Verlag. Wien.

Rohde, Anke (4/2001): Fachzeitschrift Gynäkologe. Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Springer Verlag. S. 315-323.

Rohde, Anke (2004): Psychische Störungen nach der Entbindung. Eine Information für Betroffene und Angehörige. (http://www.femina.uni-bonn.de/Infoblaetter/PatInfo_Wobe.pdf zuletzt aufgerufen am: 24.11.2017).

Rose Revolution (<http://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/> zuletzt online 21.12.17).

Sächsisches Klinikum Altscherbitz (<https://www.skh-altscherbitz.sachsen.de/behandlungsschwerpunkte/>) zuletzt online: 05.12.17

Schatten und Licht e.V. (<http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/> zuletzt online: 05.12.17).

Schmidt, Pete (2016): Fachzeitschrift Gynakologie +Geburtshilfe. Hamburger Initiative Babyslotsen. Eine helfende Hand für junge Eltern. S. 49.

Schwarz- Gerö, Josephine (2006) Postpartale Depression in der Säuglingspsychosomatik- Interaktion und Therapie. In: Riecher-Rössler, Anita; Wimmer- Puchinger (Hg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer Verlag. Wien. S. 127-139.

Tschudin, Sibil (2015) Glücklose Schwangerschaft. Ungang mit einem für alle Beteiligten erschütternden Ereignis. In: Rohde, Anke (Hg.): Frauen-Leid und Frauen-Stärkung. Im Fokus von Gynäkologischer Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Psychiatrie Verlag GmbH. Köln. S. 275-288.

Wachs, Otmar (1868): Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610, die erste freie Sectio caesarea in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Operativen Geburtshilfe. Leipzig O. Wigand.

Wippermann, Carsten; Wippermann, Katja (2/2007): 20-Jährige Frauen und Männer heute. Lebensentwürfe, Rollenbilder, Einstellungen zur Gleichstellung. Eine qualitative Untersuchung von Sinus Sociovision für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heidelberg.

8 Anlagen



Verein Postnatale Depression Schweiz
3000 Bern

www.postnatale-depression.ch
info@postnatale-depression.ch

Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS (Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben oder bald eines gebären werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig	3
5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig	0
7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.

Quelle: M. Hofecker Fallahpour, Ch. Zinkernagel, U. Frisch, C. Neuhofer, R.-D. Stieglitz, A. Riecher-Rössler: Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch, Verlag Hans Huber 2005.



im Psychotrauma Zentrum
Leipzig e.V.



EIN PROGRAMM ZUR FÖRDERUNG EINER SICHEREN BINDUNG ZWISCHEN ELTERN UND KIND

SAFE®-Kurse sind ein Modellprojekt des Bindungsforschers Dr. med. Karl-Heinz Brisch und werden im Psychotrauma Zentrum Leipzig e.V. von erfahrenen MentorInnen angeboten. Der Kurs ist auf die Entwicklung und Förderung einer frühen sicheren Bindung zwischen Eltern und Baby ausgerichtet.

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass sicher gebundene Kinder selbstsicherer, belastbarer, feinfühlicher und sozial kompetenter sind.



- SAFE®-Kurse richten sich an alle werdenden Eltern, Paare und Alleinerziehende.
- Die Begleitung der Schwangerschaft durch die Kurse kann ab der 20. Schwangerschaftswoche erfolgen und dauert bis zum 1. Lebensjahr des Kindes. Nach der Geburt sind die Babys bei den Terminen mit anwesend.
- SAFE®-Kurse finden an insgesamt 10 Terminen (sonntags) statt, dabei beinhalten die Kurse vier vorgeburtliche und sechs nachgeburtliche Termine.
- Die Kurse finden mit sechs bis zehn Elternpaaren / Alleinerziehenden statt.
- Die SAFE®-Kurse finden in den Räumen des Psychotrauma Zentrums Leipzig e.V. in der Zschocherschenstr. 1b in Leipzig, Lindenau statt.
- Die Kosten für 10 Termine belaufen sich auf 300 Euro pro Teilnehmer (für eine ermäßigte Teilnahmegebühr sprechen Sie uns bitte an).

Für weitere Informationen und zur Anmeldung wenden Sie sich an:

WWW.SAFE-LEIPZIG.DE

PTZ // Zschochersche Str. 1b // 04177 Leipzig // +49 (0) 176 / 64 66 06 71



im Psychotrauma Zentrum
Leipzig e.V.



EIN PROGRAMM ZUR FÖRDERUNG EINER SICHEREN BINDUNG ZWISCHEN ELTERN UND KIND

Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft werfen viele Fragen auf:

Wie werde ich eine **gute** Mutter, ein **guter** Vater? // Müssen Eltern **immer** da sein - **Fremdbetreuung**, ja oder nein? // Wie kann ich eine gute, **sichere Bindung** zu meinem Kind herstellen? // Wie kann ich verhindern, dass ich unbewusst **eigene**, belastende Kindheitserlebnisse **weitergebe**?

In unseren SAFE®-Kursen bekommen Sie **Antworten** auf Fragen zu Schwangerschaft, Geburt, Partnerschaft und allen anderen in dieser Lebensphase wichtigen Themen. Unsere ausgebildeten KursleiterInnen vermitteln Ihnen **wissenschaftliche Inhalte** und leiten zahlreiche **praktische Übungen** und **Rollenspiele** an, die **gemeinsam** in der Gruppe erörtert werden.

Inhalte der vier vorgeburtlichen SAFE®-Seminare:

- Vorgeburtliche Bindung
- Bedürfnisse von Babys
- Vorbereitung auf die Elternschaft und das Leben zu Dritt
- Veränderungen in der Partnerschaft

**Es sind noch Plätze frei!!!
Der nächste Kurs beginnt
am 28.02.2016**

Inhalte der sechs nachgeburtlichen SAFE®-Seminare:

- Informationen zur Entwicklung des Kindes
- Umgang mit Stresssituationen
- Die Signale des Babys verstehen lernen
- Individuelles Feinfühligkeitstraining



Veranstalter der SAFE®-Kurse ist der gemeinnützige Verein Psychotrauma Zentrum Leipzig e.V. Mit unseren Angeboten möchten wir zu einer bindungsorientierten Beziehungskultur beitragen und beziehungsstiftende Werte fördern. Informationen zu uns und weiteren Angeboten finden Sie hier:

www.psychotraumazentrum-leipzig.de // info@psychotraumazentrum-leipzig.de



Krise rund um die Geburt

Initiative peripartale
psychische Erkrankungen



Krise rund um die Geburt
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

mutter-seelen-ein

Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein
Schatten & Licht e.V.

☐ Mitglied
€ 39,-/Jahr ☐ Fördermitglied €
(mehr als € 39,-/Jahr)

(Der Beitrag ist steuerlich voll abzugsfähig.)
Ich ermächtige Schatten & Licht e.V. Zahlungen von meinem
Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die von Schatten & Licht e.V. auf mein Konto
geordneten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb
von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die
Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei
die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____

Im Falle einer Mitgliedschaft bitten wir um
Rücksendung an: **Schatten & Licht e.V.**

Sabine Surholt

Oberer Weinbergstr. 3

86465 Weiden

Kontakt

Geschäftsstelle / I. Vorsitzende

Sabine Surholt
Oberer Weinbergstr. 3
86465 Weiden
Telefon 08293/965864
Telefax 08293/965868
E-Mail: info@schatten-und-licht.de

Internet

<http://www.schatten-und-licht.de>

Telefonische Beratung

■ Anke Händler 07161/389801
■ Christa Stobe 02104/31311
■ Sylvia Nogens 02247/745700
■ Nadin Rühle 030/4419367
■ Babette Laubvogel 040/30033290
■ Ulrike Wecker 08145/1868

Örtliche Selbsthilfegruppe oder Beraterin

(Weitere Adressen auf der Website)

Bankverbindung

Schatten & Licht e.V.
Postbank Hamburg / BIC: PBNKDE33XXX
IBAN: DE 6420 0100 2051 1203
Gläubiger-ID: DE5622000000037761

Vereinsregister

Amtsgericht Weiden Nr. 1202/40

Stand 04/2016

Ängste und Unsicherheit in der Schwangerschaft? Statt Mutterglück nur Tränen und Schuldgefühle?

Weltaus mehr Frauen als gemeinhin angenommen stürzen rund um die Geburt ihres Kindes in eine seelische Krise. Allein in Deutschland sind jährlich etwa 100.000 Frauen betroffen. Sie geraten durch die Erkrankung oft in starke Selbstzweifel und Schuldgefühle, da sie plötzlich ihren Alltag nicht mehr bewältigen und keine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen können. Häufig ziehen die Frauen sich zurück, versuchen ihren Zustand zu verbergen und trotz tiefster Verzweiflung die Fassade der glücklichen und perfekten Mutter zu bewahren. Viele Betroffene haben wochenlange Irrwege von Arzt zu Arzt hinter sich, bis die Erkrankung richtig diagnostiziert wird.

Schatten & Licht e. V. wurde 1996 als bundesweiter, gemeinnütziger Verein von betroffenen Frauen gegründet und ist dem weltweiten Netzwerk „Postpartum Support International“ angeschlossen. Der Verein befasst sich mit folgenden peripartalen (lat.: peri = rund um, partus = Niederkunft) Krankheitsbildern:

Peripartale Depression / Peripartale Angst- und Zwangsstörung

Diese Krankheitsbilder können jederzeit in den Jahren nach der Entbindung entstehen. Dabei sind graduelle Abstufungen von leichten Anpassungsstörungen bis hin zu schwe-

ren suizidalen Formen möglich. Typisch ist eine schleichende Entwicklung. Ungefähr 10 bis 20 % aller Mütter sind hiervon betroffen.

Typische Kennzeichen können sein:

- Müdigkeit, Erschöpfung und Energiemangel
- Traurigkeit, häufiges Weinen
- Schuld-, Versagensgefühle
- Inneres Leeregefühl
- Allgemeines Desinteresse und sexuelle Unlust
- Zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber
- Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen
- Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden, andere psychosomatische Beschwerden
- Ängste, extreme Reizbarkeit, Panikattacken, Zwangsgedanken (wiederkehrende destruktive Vorstellungen und Bilder, die nicht in die Tat umgesetzt werden)
- Suizidgedanken

EPDS-Selbststeinschätzungstest s. Website

Peripartale Psychose

Die peripartale Psychose kann gelegentlich in der Schwangerschaft, aber vorwiegend in den ersten beiden Wochen nach der Entbindung entstehen. Sie kommt bei einer bis drei von 1000 Müttern vor.

Mögliche Kennzeichen sind:

- Starke Antriebssteigerung, motorische Unruhe (manische Phase)
- Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit (depressive Phase)
- Extreme Angstzustände
- Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen

Die Ursachen für diese peripartalen Reaktionsformen sind individuell verschieden, da biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung ineinander fließen. Meist führt das Zusammenwirken mehrerer Ursachefaktoren zu einer psychischen Überlastungsreaktion.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe in einer psychischen Krise rund um die Geburt benötigen, wenden Sie sich bitte an eine der untenstehenden Kontaktadressen.

Schatten & Licht e. V. hat sich folgende Aufgaben zum Ziel gesetzt:

- eine Kontaktliste für betroffene Frauen und Angehörige zu führen
- ein bundesweites Beratungs- und Selbsthilfegruppen-Netz aufzubauen,
- Fachleutlisten (Neurologinnen, Psychiaterinnen, Gynäkologinnen, Diplom-Psychologinnen, Hebammen, Geburtshelferinnen, Stillberaterinnen) zu erstellen,
- Informationen zu speziellen Mutter-Kind-Einrichtungen zusammenzustellen,
- Fachliteratur zu erfassen,
- wissenschaftliche Forschung zu unterstützen,
- Öffentlichkeitsarbeit mittels Vorträgen, Fortbildungen und Medien zu betreiben,
- den belastenden Mythos der alzeit glücklichen und perfekten Mutter zu entlarven und
- das Tabu der peripartalen Problematik zu brechen

Dieses ehrenamtliche Engagement ist auf Ihre finanzielle Unterstützung angewiesen. Durch Ihre Mitgliedschaft fördern Sie die Kontinuität der Vereinsarbeit.

Die Abteilung Akutpsychiatrie und Sozialpsychiatrie

Es stehen fünf moderne allgemeinspsychiatrische Stationen mit jeweils 20 Betten zur Verfügung. Die Patienten sind in Ein- und Zweibettzimmern mit jeweils eigener Sanitäreinheit untergebracht. Auf allen vier Stationen erfolgt eine komplexe Diagnostik und störungsspezifische Behandlung unserer Patienten unter fachärztlicher Leitung.

Oberärztin:	Dr. med. E. Schreiber	Tel. 034204 – 874340
Oberärztin:	Dr. med. B. Ettrich	Tel. 034204 – 874371
Oberarzt:	Dr. med. J. Müller	Tel. 034204 – 874354
Oberärztin:	Dr. med. A. Scheerschmidt	Tel. 034204 – 874344



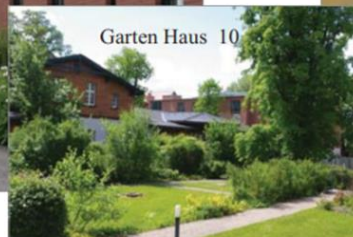
Haus 10



Speiseraum Stat. PA 3



Station PA 3



Garten Haus 10



Haus 10

Es stehen folgende Stationen zur Verfügung:

Station PA 1: eine geschützte Aufnahmestation, die durch ihre geschützte Struktur die Aufnahme jeder psychiatrischen Krisensituation ermöglicht
Haus 10, Tel. Tel. 034204 – 874100

Station PA 2: eine offene Aufnahmestation mit einem stationären Teilbereich, der spezifisch strukturierte Therapiesettings für junge Erwachsene und einer gesonderten Mutter – Kind – Einheit für psychisch kranke Mütter mit Kleinstkindern anbietet (siehe auch S.11)
Haus 5 Tel. Tel. 034204 – 874050

Station PA 3: eine offene Aufnahmestation mit soziotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt und weiteren speziellen Therapiestrukturen (u. a. Vorbereitung auf die stationäre Psychotherapie)
Haus 10, Tel. Tel. 034204 – 874106

Station PA 4: eine offene Aufnahmestation mit soziotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt und weiteren speziellen Therapiestrukturen
Haus 10, Tel. Tel. 034204 – 874026

Station PA 5: eine geschützte Aufnahmestation mit einer Teilstation für intellektuelle Minderbegabung leichten bis mittelschweren Grades
Haus 10, Tel. Tel. 034204 – 874102

Je nach Erfordernis werden fließende Behandlungsketten, beginnend mit einer Aufnahme in geschützter Umgebung, Fortsetzung der Therapie im offenen Setting und Vorbereitung auf die soziale Reintegration auf der Soziotherapiestation realisiert.

Mutter-Kind-Einheit für Frauen mit postpartalen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen von Müttern nach der Geburt sind durchaus nicht selten. Bis zu 12% aller Frauen erkranken nach einer Geburt an einer Depression unterschiedlicher Schwere. Traurigkeit, Hoffungslosigkeit, Angst und Antriebsarmut sind mögliche Anzeichen. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung sollte vom ambulanten Arzt eingeschätzt werden. Wird die Frage der stationären Behandlung aktuell, steht oft das Problem einer Trennung von Mutter und Baby dagegen. Wir sind deshalb sehr stolz darauf, als eine der wenigen Kliniken in Sachsen eine gemeinsame Behandlung psychisch erkrankter Mütter mit ihren Babys nach der Geburt anbieten zu können. Damit soll der wichtige Kontakt zwischen Mutter und Kind lückenlos erhalten bleiben. Leider können Kinder, die schon laufen können, aus Gründen der Stationsorganisation nicht mit aufgenommen werden.

Zur Förderung der oft durch die Krankheit beeinträchtigten Mutter-Kind-Interaktion bieten wir speziell auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind zugeschnittene Einzel- und Gruppen-Therapien an. Solche Therapieangebote sind z. B.: die Bewegungstherapie für Mutter und Kind, die Anleitung zur Babymassage, Sing- und Fingerspiele sowie die Musiktherapie für Mutter und Kind.

In Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum Leipzig führen wir Maßnahmen zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion durch. Um die Gewährleistung früher Hilfen sicherzustellen, arbeiten wir mit anderen Einrichtungen der Region im Netzwerk eng zusammen.

Ausstattung der Behandlungseinheit

Wir haben geräumige und moderne Zimmer mit Bad für Mutter und Kind. Wickelkommode, Babywanne, Krabbeldecke, Bettwäsche und etwas Spielzeug sind vorhanden. Eine Waschmaschine und eine Mikrowelle/Flaschenwärmer stehen auf Station bereit.

Anmeldungen sind möglich über die
Institutsambulanz Tel.: 034204 – 874030
oder
die Station PA2 Tel.: 034204 – 874050



Speiseraum Haus 5



Teilstation junge Erwachsene

Speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen zugeschnitten wurde eine Teilstation für junge Erwachsene konzipiert. Hier werden u. a. Patienten aufgenommen mit Reifungskrisen beim Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenleben. Da solche Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie entwachsen sind und die Erwachsenenpsychiatrie den spezifischen Therapieanforderungen nicht gerecht werden kann, wurde hier ein spezielles Therapiekonzept für diese entwickelt. Hier finden Patienten im Alter von 18 bis 25 Jahren Aufnahme.

Die Teilstation junge Erwachsene ist der Station PA2 angegliedert (siehe Seite 10).

Haus 5, Tel. 034204 – 874050

9 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

.....
Doreen Rausch

Kemberg 18.01.2018